

UNIVERSITÉ DE PARIS -- FACULTÉ DE DROIT

L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

ET LE PROJET DE LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES

Situation actuelle de la Question

Janvier 1927

THÈSE POUR LE DOCTORAT
(Sciences Politiques et Economiques)

Présentée et soutenue le 31 Mai 1927, à 2 heures

PAR

Jean COLONI

Jury de la Thèse :

Président : M. OUALID.

Suffragants { M. HÉMARD, Professeur.
M. PICARD, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE DU COMMERCE DES IDÉES

26, BD. SAINT-MICHEL

1927

L'Assurance Maladie-Invalidité
et le Projet de Loi sur les Assurances sociales

Situation actuelle de la Question

Janvier 1927

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ

ET LE PROJET DE LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES

Situation actuelle de la Question

Janvier 1927

THÈSE POUR LE DOCTORAT
(Sciences Politiques et Economiques)

Présentée et soutenue le 31 Mai 1927, à 2 heures

PAR

Jean COLONI

Jury de la Thèse :

Président : M. OUALID.

Suffragants { M. HÉMARD, Professeur.
M. PICARD, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE DU COMMERCE DES IDÉES

26, BD. SAINT-MICHEL

1927



INTRODUCTION

Les livres sacrés du Bouddhisme racontent que Çakia-Mouni, encore prince sortait, pour la première fois, de son palais quand il rencontra un malade gémissant sur le bord de son chemin. Il demanda à quelqu'un de sa suite si tel était le sort de la plupart des hommes. Sur une réponse affirmative, il ne voulut aller plus loin et rentra dans son palais pour n'en plus sortir. C'est alors que le fils du roi se fit Boudha.

Moins résignés que Çakia-Mouni, les hommes ont de tout temps lutté contre la maladie et souvent cherché à se garantir entre eux une certaine sécurité. L'aide mutuelle en cas de maladie est une des formes les plus antiques de la fraternité humaine. Ce n'est d'ailleurs pas seulement un sentiment généreux qui pousse l'homme à secourir son semblable. C'est aussi son intérêt. Il n'est pas douteux que la plupart des maladies — certains même disent toutes — sont d'origine microbienne. Le malade est un centre d'infection, qui va semant un peu partout sur son passage des germes empoisonnés. N'est-il pas de l'intérêt de tous que ce malade soit soigné, guéri et, à défaut, isolé ? Le Moyen-Age le savait bien, lui qui usait de ce moyen pour se défendre contre les horreurs de la lèpre. Combien plus humain est le sanatorium moderne où nous envoyons aujourd'hui nos malades, moins pour les isoler que pour les soigner et les guérir le plus sou-

vent ! Mais la léproserie, répond, comme le sanatorium, au même but d'intérêt général : amélioration de la santé publique, abaissement du taux de la mortalité, garanties pour chacun de bonne santé et de longévité.

La mortalité en France et à l'Etranger

L'examen des statistiques de mortalité dans les divers état européens depuis le milieu du 19^e siècle montre que la mortalité en France plus faible qu'en Allemagne et en Autriche en 1850 (2,39 0/0 contre 2,75 0/0 et 3,65 0/0) a déchu moins rapidement que dans ces deux derniers états ; en 1920, en effet, la mortalité en France a été de 1,73 0/0 contre 1,63 0/0 en Allemagne et 1,91 0/0 en Autriche. — Notre taux de mortalité paraît encore plus considérable, si nous les comparons à ceux des états scandinaves 1,24 0/0 en Norvège, 1,23 0/0 en Suède.

La santé publique est meilleure, la mortalité est moindre dans nombre d'états étrangers que chez nous. Nombreuses sont les familles françaises qui disparaissent membre par membre emporté par la tuberculose. La syphilis fait mourir de nombreux enfants en bas âge, ou leur fait traîner une vie misérable. En dehors même de tout sentiment d'humanité l'intérêt général exige aujourd'hui impérieusement que l'on mène une lutte sévère contre les fléaux qui risquent de détruire la force de notre race et de nous faire descendre au rang des puissances de second ordre.

Pour garder dans le monde notre influence politique, et intellectuelle, pour maintenir notre puissance industrielle, pour que la France reste vigoureuse et libre, pour écarter de nous le cauchemar de la dépopulation, il suffirait que notre

mortalité ne soit pas supérieure à celle de l'Angleterre. Cela nous assurerait un excédent annuel de 313.000 naissances, suffisant pour éloigner les dangers de la dépopulation. On pouvait, à ce sujet, lire récemment dans le « Times » : « Beaucoup de gens en Angleterre sont disposés à considérer avec quelque complaisance nos statistiques de natalité et à juger que la France en restreignant ses naissances pratique une politique préjudiciable à la race. En réalité, la population de la France en 1923 était de 39.209.000 habitants, la population de l'Angleterre et du Pays de Galles était de 38.403.000 ; elles étaient donc sensiblement égales. Il y a eu cependant plus de naissances en France qu'en Angleterre. Le nombre des naissances françaises en 1923 fut de 761.861 ; le nombre de naissances anglaises fut de 758.386. Le nombre de décès français en 1923 fut de 666.990, des décès anglais de 444.869 ; le nombre des décès d'enfants au-dessous d'un an fut en France de 73.283 (96 pour mille), en Angleterre de 52.362 (69 pour mille). La cause de ces différences étonnantes doit être recherchée dans les conditions hygiéniques défectueuses qui règnent en France. » Nous avons une mortalité trop forte. Faut-il en conclure que notre race est en dégénérescence ? Cela ne paraît pas défendable si l'on songe à l'effort physique et moral que notre race a fourni durant les quatre années de la dernière guerre, et même depuis lors pour reconstruire ce qui avait été détruit, pour faire renaître la vie sur des lieux où elle semblait ne plus devoir jamais renaître.

La lutte contre la maladie à l'Etranger

Il est logique de supposer que si la santé publique s'est améliorée dans nombre d'états étrangers d'une façon plus

notable que chez nous, c'est tout simplement parce que ces états ont organisé la lutte contre la maladie ; ils ont créé dans ce but des organismes actifs qu'ils ont dotés de moyens énergiques de lutte. Il n'existe rien de semblable en France. Nos moyens thérapeutiques sont tout à fait insuffisants. C'est ainsi qu'il existe en France 500.000 individus tuberculeux, que 90.000 au moins devraient être hospitalisés et que nous ne disposons que de 40.000 lits. La conséquence est facile à prévoir : il meurt plus de tuberculeux en France que dans les états étrangers qui ont sérieusement lutté contre la tuberculose : en 1914, par million d'habitants, la tuberculose a causé 2.164 décès en France, alors qu'elle n'en a causé que 1.360 en Angleterre et 1.392 en Allemagne.

Remarquons au passage que la lutte contre la maladie n'est pas nécessairement organisée par la loi. En Amérique, où l'assurance contre la maladie n'est pas obligatoire, mais où la plupart des nationaux sont assurés à des compagnies privées, ce sont celles-ci, qui se sont groupées pour organiser, avec succès d'ailleurs, la lutte contre la maladie.

Nous avons eu en France, de 1914 à 1918, une organisation méthodique des services médicaux, grâce à laquelle les millions de combattants ont pu échapper à la plupart des maladies contagieuses qui décimaient jadis les troupes en campagne. L'effort qui a été fait à ce moment-là, doit être continué, intensifié et amplifié. Comment le poursuivre, dira-t-on ?

L'exemple de l'étranger est là pour nous renseigner, nous guider. Les méthodes qui ont donné de bons résultats à l'étranger, donneront très vraisemblablement, mutatis mutandis, de bons résultats chez nous. L'Angleterre, la Belgique, l'Allemagne,

ont usé de l'assurance dans la lutte contre la maladie. Les organismes d'assurance ne se proposent pas seulement de secourir le malade, elles luttent aussi contre les causes de maladie. Comme le disait éloquemment à la Faculté de Médecine le Dr Roux : « La prophylaxie est au point de vue social plus importante que la thérapeutique ».

Les organismes d'assurance s'attaqueront aux causes des maladies, ce qui allègera leurs charges. La prévention des risques est moins coûteuse que leur compensation.

Les institutions d'assurance se trouveront incitées à créer des œuvres d'hygiène. En 1910 les caisses d'invalidité allemandes ont consacré 280 millions de marks à la construction d'habitations à bon marché et plus de 440 millions à la construction de preventoria et de sanatoria. La caisse d'assurance de Strasbourg vient d'inaugurer un sanatorium à la Schlucht. Elle réalise une œuvre philanthropique en même temps qu'un excellent placement. Le traitement d'un pré-tuberculeux est moins onéreux que la lente agonie d'un tuberculeux. C'est par surcroît une unité de gagnée pour la main-d'œuvre nationale ; davantage peut-être, car un pré-tuberculeux qui n'est pas soigné contamine les organismes jeunes ou débilités de ceux qui vivent dans son entourage. Il faut multiplier les dispensaires où tous ceux qui éprouvent une indisposition d'apparence légère, précurseur peut-être d'une maladie grave, reçoivent les soins nécessaires, ainsi que des conseils de prophylaxie pour leur entourage.

Les travailleurs jouissant d'une assurance-maladie feront appel au médecin dès les premiers symptômes de maladie. Leurs maladies étant connues, les organismes d'assurance auront tout intérêt à les faire soigner aussitôt, à les isoler en cas de maladie contagieuse avant qu'ils n'aient contaminé

leurs familles. Les aggravations possibles seront souvent évitées par une intervention rapide du médecin. Il est permis d'attendre beaucoup de l'assurance maladie-invalidité, si l'on en juge par ce qui s'est passé chez nos voisins. La plupart des grands progrès réalisés à l'étranger en matière d'hygiène publique de lutte contre la tuberculose, l'alcoolisme, de salubrité des ateliers ont leur cause première dans l'organisation du régime de l'assurance. Les deux branches assurance maladie et assurance invalidité ont des intérêts identiques. Les organismes chargés de l'application de ces assurances ont le souci de développer l'hygiène du travailleur pour restreindre les cas d'assistance. On constate qu'à l'étranger ces organismes s'efforcent de combattre énergiquement l'insalubrité des ateliers et des logements, de diminuer le danger des industries malsaines, d'améliorer les conditions de travail. C'est ainsi que la caisse locale de Munich, instituée pour les employés de commerce, a envoyé à tous les patrons une circulaire basée sur des avis médicaux et signalant les dangers de certaines formes de travail et les mesures propres à en diminuer les dangers. D'autres caisses de maladie cherchent à agir sur la population ouvrière par des conférences, par des distributions de brochures de propagande destinées à répandre les règles élémentaires de l'hygiène. Certaines caisses ont organisé des séries de conférences essentiellement pratiques, visant l'hygiène de l'habitation, des vêtements, les soins à donner aux enfants, la prophylaxie des maladies contagieuses. L'action des organismes d'assurance sur leurs adhérents est évidemment plus énergique dans les villes qu'à la campagne, où elle est gênée par la dispersion et par l'individualisme des paysans. Or la mortalité des enfants des villes, plus chétifs, plus souvent con-

taminés par des tares, est inférieure à celle des enfants des campagnes. Il faut donc conclure que les enfants sont mieux soignés à la ville qu'à la campagne. L'influence des caisses d'assurances ne doit pas être étrangère à un tel résultat. Remarquons à ce sujet que les deux villes anglaises qui ont la mortalité infantile la plus faible sont les deux grands foyers de lumière intellectuelle Oxford avec 64,5 morts sur 1.000 et Cambridge avec 65,4 morts sur 1.000. — Des œuvres particulières sont déjà entrées dans la voie de la propagande pour l'amélioration de l'hygiène. Telle œuvre américaine n'organisait-elle pas l'an dernier des tournées de propagande dans les villages du Dauphiné pour apprendre à nos paysans les préceptes élémentaires de l'hygiène ? Il est humiliant pour nous, Français, de voir des étrangers venir faire chez nous une sorte de croisade hygiénique. C'est pourtant nécessaire. Il appartiendra aux caisses d'assurance de faire pénétrer dans les milieux populaires, des habitudes d'hygiène qui y font trop souvent défaut. La loi sur les assurances sociales pourra, à ce point de vue, amener de sérieux progrès.

Les Assurances sociales, œuvre d'apaisement

Les assurances sociales seront en outre une œuvre d'apaisement social. Peut-on sincèrement s'étonner que l'ouvrier, le petit employé ne soit souvent aigri par sa lutte quotidienne contre les difficultés de l'existence ? Son salaire suffit à lui assurer le nécessaire au jour le jour, mais ne lui permet généralement pas d'assurer l'avenir. Surviennent la maladie, l'invalidité, le voilà plongé dans une gêne certaine, peut-être dans la misère. Ce qui manque le plus au petit salarié, c'est la sécurité. Lui donner cette sécurité,

c'est une œuvre humanitaire en même temps qu'une œuvre de paix sociale — L'ouvrier assuré deviendra moins facilement un ennemi de l'ordre, un partisan des partis extrémistes, qui, pour améliorer la société, rêvent de la bouleverser. N'est-ce pas cette pensée qui a incité Bismarck à faire voter les lois allemandes d'assurances sociales, à une heure où le socialisme réalisait de rapides progrès ? Un reproche que l'on pourrait être tenté d'adresser à l'assurance, c'est qu'elle risque d'amoindrir considérablement l'épargne. L'ouvrier, le paysan, le petit bourgeois ne ressentiront-ils pas moins vivement la nécessité de prélever sur leur budget une partie de leurs ressources pour l'affecter à la constitution d'un petit capital. Cette forme d'assurance indifférenciée contre toutes les éventualités fâcheuses de l'existence risque-t-elle de disparaître ? Cela serait évidemment regrettable au point de vue de l'intérêt général. — Ici encore l'exemple de l'étranger est des plus rassurants.

L'augmentation des petits dépôts aux Caisses d'épargne allemandes depuis l'entrée en vigueur de la loi sur les assurances sociales montre que les assurances n'ont pas altéré l'esprit d'économie, ni de prévoyance individuelle.

Quoiqu'il en soit, la mortalité excessive française ne peut que nous faire désirer une prompte organisation de la lutte contre la maladie.

CHAPITRE PREMIER

Les risques maladie et invalidité

Nous avons usé dans les quelques pages précédentes des mots maladie et invalidité, en prenant ces termes dans leur acception courante ; il convient maintenant avant d'aller plus loin de définir d'une façon précise ce qu'est la maladie et ce qu'est l'invalidité, ainsi que les risques que devra couvrir l'assurance.

Sens usuel du mot maladie

Qu'est-ce que la maladie ? C'est, nous dit le dictionnaire de médecine de Littré « toute perturbation, survenant dans une ou plusieurs parties, simples ou composées, du corps, qui se manifeste par le trouble des actes d'un ou plusieurs organes en particulier et même d'un ou plusieurs appareils en entier ». Cette définition est très large et l'on pourrait en dire autant du sens que s'accordent à reconnaître au mot maladie l'office impérial d'assurance allemand et les décisions de la jurisprudence allemande : « Un état anormal qui nécessite des soins médicaux, des secours pharmaceutiques ou tout autre remède ». Ces définitions sont trop compréhensives pour l'objet qui nous occupe ; elles englobent en effet divers états : accidents, maternité, vieillesse, qui se distin-

guent nettement de la maladie proprement dite. L'accident a une cause soudaine, brutale, une relation très nette entre la cause et l'effet, la maladie a une évolution habituellement lente, sa cause est difficile à découvrir, on est souvent réduit à son sujet à des hypothèses ; elle consiste généralement en une affection interne de l'organisme, l'accident entraîne au contraire une blessure extérieure facile à constater. Fréquemment la victime d'un accident peut obtenir réparation de la part de l'auteur de l'accident en se basant sur l'art. 1382 de Code Civil, ou de la part de son patron si l'accident a été causé par ou à l'occasion du travail.

Il en est de même en cas de maladies professionnelles. En cas de maladie proprement dite au contraire, la victime ne peut, en l'état actuel de notre législation, demander à personne une indemnisation.

La débilité sénile, non plus que la maternité, ne doivent être considérées comme maladies ; ce sont des états physiologiques de l'évolution normale des êtres humains, états qui ne présentent rien que de normal. Leurs conséquences seront cependant les mêmes : suppression ou tout au moins amoindrissement de la capacité de travail et par suite du salaire. Une assurance sociale ne peut rester indifférente devant ces nouveaux risques de misère ; elle devra s'efforcer de couvrir ces risques, mais par des assurances vieillesse et maternité, et non par l'assurance-maladie. On arrive ainsi par des éliminations successives à dégager l'idée de maladie, telle qu'elle est généralement entendue au point de vue assurance.

Nous examinerons plus loin ce que devient cette idée de maladie dans le projet de loi sur les assurances sociales.

Sens usuel du mot invalidité

Le langage usuel assimile l'invalidité naturelle à l'incapacité de travail. Eliminons d'abord l'incapacité de travail qui résulte de l'affaiblissement des forces causé par la vieillesse. Il y a là un risque d'une nature spéciale qui doit être couvert par l'assurance vieillesse.

L'incapacité de travail ayant une cause autre que la vieillesse ne doit pas s'entendre d'une impossibilité de travailler, mais d'une impossibilité de gagner un salaire. Il y a là deux notions distinctes : un ouvrier peut se trouver physiquement capable de travailler et cependant incapable de subvenir à ses besoins pour des motifs inhérents à son état, les seuls à envisager en matière d'invalidité.

L'invalidité est chose essentiellement subjective, et il ne faut pas tenir compte des considérations économiques qui peuvent réduire l'ouvrier au chômage.

Un ouvrier défiguré qu'aucun patron ne consent à embaucher en raison de la répugnance qu'inspire son aspect est un invalide, bien que sa capacité de travail ne soit pas diminuée. Il en est de même d'une ouvrière écartée des ateliers en raison de son haleine fétide.

Un ouvrier devenu invalide peut continuer à être occupé par son ancien patron avec le même salaire que par le passé ; l'ouvrier n'aura pas subi de réduction de gain (fait objectif), mais il aura subi une réduction de capacité de gain (question subjective). Il serait évidemment inadmissible qu'il suffise au patron de reprendre pendant un certain temps l'ouvrier, qui a été victime d'un accident, en lui donnant le salaire antérieur à l'accident, pour priver la victime de toute allocation.

Il ne serait pas moins inadmissible qu'un invalide capable de gagner un certain salaire soit traité comme un invalide total sous prétexte qu'il ne peut trouver de travail à cause de l'abondance de la main-d'œuvre ou de la stagnation des affaires. Ce serait transformer l'assurance-invalidité en assurance-chômage et cette transformation se ferait au détriment des assurés qui devraient payer une cotisation majorée du fait du nouveau risque à couvrir.

La seule difficulté de recherche du travail dont il est équitable de tenir compte est celle qui résulte de la concurrence que font les ouvriers valides aux ouvriers invalides sur le marché du travail.

Il s'agit, disons-nous, d'une capacité de gain et non d'une capacité de travail proprement dite ; aussi l'invalide, qui, grâce à l'accoutumance de son état, peut travailler avec la même aisance que par le passé doit être assimilé au travailleur valide. Ce cas n'est pas hypothétique, il se réalise souvent partiellement. Un invalide total arrive souvent à adapter ses forces restantes à des efforts modérés. L'office impérial des assurances allemandes a déclaré, à ce sujet, que l'expérience a démontré incontestablement que « par l'exercice dans le travail et dans les actes habituels de l'existence, par la faculté d'adaptation du corps humain et de chacun de ses membres à des situations modifiées, par l'intervention consécutive à l'accident d'organes indemnes pour l'exécution de certaines fonctions à la place d'organes blessés, le préjudice économique occasionné par l'accident s'atténue peu à peu, et, dans le cas de certaines blessures, en particulier de la série des blessures des doigts, disparaît ».

Au point de vue de son origine, l'invalidité peut être accidentelle ou naturelle suivant que la cause est étrangère

ou personnelle au travailleur. Le risque d'invalidité naturelle est notablement supérieur au risque d'invalidité accidentelle. D'après les statistiques de divers organes d'assurance belges, on peut évaluer le risque d'invalidité accidentelle à 25 ou 30 0/0 du risque d'invalidité naturelle.

L'invalidité accidentelle est celle que vise la loi du 9 avril 1898. Cette loi parle de l'invalidité, mais ne définit pas le sens que le législateur a entendu attacher à ce mot. Il n'a pas distingué expressément entre la réduction de capacité professionnelle c'est-à-dire de sa réduction de capacité de travail au regard de sa capacité antérieure à l'accident et la réduction de capacité ouvrière c'est-à-dire de sa réduction de capacité de travail au regard de toute profession. Dans ce silence de la loi, la jurisprudence a pris pour critérium la capacité ouvrière.

Sens du mot invalidité d'après la Jurisprudence

Dans un arrêt de la Chambre des Requêtes du 20 février 1911, la Cour de Cassation spécifie que « la détermination de l'indemnité que la loi met à la charge du chef de l'entreprise dépend de la combinaison de deux éléments, d'une part le salaire effectif que touchait avant l'accident l'ouvrier blessé, et, d'autre part, les facultés de travail et par suite le salaire que lui laisse l'accident » et elle admet cette mention d'un arrêt de la Cour de Douai « soit qu'il continue à exercer la même profession, soit qu'il prenne quelque profession similaire ».

La Cour de Cassation reconnaît donc qu'un blessé dont l'incapacité professionnelle est totale, mais dont l'incapacité

ouvrière n'est que partielle n'a droit qu'à une pension d'invalidité partielle.

D'autres décisions judiciaires déclarent également que « l'indemnité doit être déterminée, non en considération du salaire possible du blessé, s'il continuait le métier auquel il se livrait, mais de celui qu'il pourra toucher en se livrant à des travaux quelconques, étrangers ou non à la profession qu'il exerçait lors de l'accident ». (Cour de Rouen, 31 décembre 1910).

Il est intéressant d'examiner le sens donné au mot invalidité par la jurisprudence, car, le projet de loi sur les assurances sociales ne contenant aucune précision sur ce point, il est probable que l'invalidité naturelle sera traitée comme l'a été jusqu'ici l'invalidité accidentelle.

L'invalidité, susceptible de degrés comme nous l'avons vue, est mesurée par la réduction de salaire que subit l'ouvrier par rapport aux salaires des ouvriers valides de même condition employés dans la région. C'est évidemment aux salaires de ceux-ci qu'il faut se rapporter pour évaluer la diminution de salaire subie du fait de l'état de la victime, sans tenir compte de l'état du marché du travail. Il peut se faire que le taux des salaires baisse, le travailleur supporte cette baisse sans qu'aucune assurance intervienne, et cela soit grâce à la portion de salaire qui excède le minimum de salaire nécessaire à la subsistance de l'ouvrier, soit grâce à une diminution corrélative du coût de la vie. Le sort de l'invalidé est lié sur ce point au sort de l'ouvrier valide.

Cette question ne se pose pas en fait d'invalidité accidentelle. La victime se remet généralement assez vite de son accident et on peut se baser sur le salaire qu'elle touchait antérieurement à l'accident pour déterminer son degré d'in-

validité. Il n'en sera pas de même en fait d'invalidité naturelle. Celle-ci sera souvent lente à s'établir. Le taux des salaires pourra varier entre le moment où l'accident est arrivé et celui où l'on fixera le degré d'invalidité de la victime ; ce sera au taux des salaires à ce moment-là qu'il faudra se rapporter pour la détermination du pourcentage d'invalidité.

Une rente indemnificatrice d'invalidité sera-t-elle allouée à tous les invalides totaux et partiels ? Il ne saurait être question d'allouer une rente aux invalides légers ; ils sont très nombreux et le dommage qu'ils subissent n'est pas tel qu'ils n'y puissent faire face sans secours de l'assurance. Une question se pose alors, à partir de quel degré d'invalidité, faut-il allouer une rente.

La loi anglaise du 16 décembre 1911 sur l'assurance nationale n'accorde de secours qu'en cas d'invalidité totale. Elle déclare en effet qu'après cessation des secours de maladie des allocations périodiques seront fournies tant que l'assuré sera incapable de travail. L'invalidité ainsi entendue est l'invalidité totale, bien que la loi ne le dise pas expressément. Cette interprétation de la loi a été formellement consacrée au cours de son élaboration. Répondant à une question, M. Lloyd Georges, alors Chancelier de l'Echiquier dut reconnaître que seuls recevraient une allocation les invalides totaux. Une définition analogue à celle de la loi allemande ayant été proposée au cours de la discussion devant la Chambre des Communes, M. Lloyd Georges la repoussa, alléguant qu'une telle règle entraînerait des questions délicates de calcul et qu'il semblait préférable d'avoir une règle élastique que les organismes d'assurance interpréteraient eux-mêmes. Cela revient à laisser ces organismes fixer eux-mêmes le pourcentage d'invalidité, à partir duquel l'assuré peut avoir une pension.

La loi allemande est plus libérale ; elle accorde une pension dès que l'invalidité est supérieure à 66 0/0 et elle déclare invalide celui qui ne peut exercer un travail approprié à ses forces, à ses aptitudes, en rapport avec son instruction et son ancienne profession.

Le projet de loi français abaisse ce pourcentage à 60 0/0. Il n'a pas paru possible au législateur d'aller plus loin ; le défaut de renseignements statistiques aurait rendu dangereux tout abaissement de ce taux.

Ce que le projet de loi entend par les mots maladie et invalidité

Le projet de loi s'écarte un peu de la notion de maladie, que nous nous sommes efforcés de déterminer ci-dessus. Il fait en effet rentrer dans l'assurance-maladie les blessures autres que celles causées par ou à l'occasion du travail. Ce dernier risque est en effet couvert par les dispositions de la loi sur les accidents du travail.

Sont en outre écartées de l'assurance les maladies ou blessures résultant soit d'une faute intentionnelle, soit d'un crime ou d'un délit commis par l'assuré ainsi que les blessures reçues, les maladies contractées ou aggravées en campagne pour lesquelles une pension a été octroyée par application de la loi du 21 mars 1919. Les secours nécessités par ces dernières sont assurés par une organisation appelée à disparaître avec les derniers réformés de la guerre 1914-1918 ; il eût été fâcheux de mêler un organisme temporaire à un organisme définitif, ce qui ne serait pas allé sans grande complication.

Il paraît également normal que l'auteur d'un délit ou

d'un crime ne puisse réclamer des secours pour une maladie causée par un acte immoral : *nemo auditur, turpitudinem suam allegans*. — Notons cependant qu'en pareil cas la loi allemande attribue les prestations pécuniaires à la famille dont le coupable était le soutien.

Une assurance sociale ne pourrait laisser à la charge de l'ouvrier le risque de blessure dans le cas où ce risque n'est pas couvert par les dispositions de la loi du 9 avril 1898. L'indemnisation de ce risque ne sera vraisemblablement pas onéreuse aux organismes d'assurance. Dans tous les cas où le blessé a droit à réparation en vertu de l'article 1382 du Code Civil, l'organisme d'assurance pourra réclamer le remboursement des dépenses faites pour la victime à l'auteur de l'accident. Le blessé aurait pu le faire lui-même ; évidemment. Mais un petit salarié hésitera toujours à se lancer dans des poursuites judiciaires longues souvent et onéreuses toujours. Il n'en sera pas de même d'un organisme d'assurance qui connaîtra exactement les droits de la victime et sera, plus qu'elle, apte à les faire valoir en justice.

L'organisme d'assurance indemnise le blessé — qui est ainsi secouru promptement et sans formalité — et se fait indemniser elle-même par celui qui est tenu à réparer le dommage causé.

Nous allons examiner maintenant sur quelles règles pratiques se base le projet de loi pour reconnaître en un assuré un malade ou un invalide.

La maladie est un état transitoire, de courte durée le plus souvent, alors que l'invalidité est un état permanent définitif.

C'est sur cette distinction que se base le projet de loi pour distinguer l'invalide du malade.

Pendant les premiers 6 mois, l'assuré assisté est considéré comme un malade ; pendant les 5 années suivantes, il est considéré comme un pré-invalide et à l'expiration de cette période comme un invalide.

Nous avons vu précédemment qu'on pouvait devenir invalide, sinon instantanément, tout au moins après une maladie de courte durée. De même une maladie peut durer plus de 5 ans et demi, tout en restant maladie, sans devenir invalidité. Il semble donc que les règles fixées par le projet de loi sont en désaccord avec les principes théoriques précédemment admis. Les nécessités d'une organisation destinée à fonctionner fréquemment ont obligé le législateur à choisir un critérium simple, facile à appliquer et qui, dans l'immense majorité des cas, suivra très suffisamment les règles théoriques. Il est rare en effet qu'une maladie ne se soit pas stabilisée et devenue définitive au bout de 5 ans et demi. D'ailleurs au point de vue pratique la distinction entre la maladie et l'invalidité ne présente d'intérêt que dans le cas où les allocations de maladie et celles d'invalidité sont distribuées par des organismes différents. Nous verrons plus loin que tel ne sera pas le cas en France, où le législateur a prévu l'unité des Assurances Sociales.

Evaluation des degrés d'invalidité

Les incapacités partielles sont d'importance extrêmement variables ; elles vont de la perte presque complète de l'aptitude à tout travail, jusqu'à la simple gêne dans l'exercice d'une profession. La victime va perdre la différence entre le salaire qu'il pourra encore gagner et celui qu'il gagnait auparavant. Il est nécessaire d'évaluer la valeur de cet-

te différence, puisque c'est sur elle que sera basée la quotité de la rente allouée par l'organisme d'assurance. Cette rente sera une fraction du salaire perdu. Cette valeur est très difficile à évaluer. Une incapacité est chose essentiellement subjective. L'amputation des deux jambes, par exemple, peut entraîner une invalidité totale chez un terrassier d'un certain âge, hors d'état de tirer parti de l'usage de ses doigts : il n'y aura par contre qu'invalidité partielle, si la victime encore jeune a une dextérité suffisante pour lui permettre de gagner un certain salaire. Une cicatrice au visage, défigurant la victime, insignifiante pour un cultivateur, causera un préjudice appréciable à un valet de chambre ou à un cocher.

Quand un invalide relevant de maladie recommence à travailler, on ne peut, durant un certain temps, considérer son nouveau salaire comme définitif et par suite susceptible de donner la vraie mesure de son invalidité. Peut-être ne doit-il son salaire élevé qu'à la générosité de son patron ou à tout autre motif provisoire. Peut-être au contraire est-il inférieur à celui auquel l'invalide pourrait légitimement prétendre, soit parce qu'il n'a pu encore se procurer une place en rapport avec ses facultés, soit par suite de toute autre circonstance étrangère à son invalidité. Il ne faudra donc pas se rapporter au salaire effectif de l'ouvrier depuis son entrée dans l'invalidité, mais au salaire que ses facultés restantes lui permettront de gagner. En d'autres termes on doit rechercher dans quelle proportion la capacité de gain de l'ouvrier a été diminuée du fait de son invalidité.

M. Sachet dans son ouvrage sur les accidents du travail a dressé un tableau des invalidités les plus fréquentes en se basant sur les jurisprudences française et allemande. Les pourcentages d'invalidité varient entre des limites souvent

fort larges. Ainsi l'ankylose complète de la hanche varie de 35 à 80 0/0 ; l'amputation d'un pied de 40 à 70 0/0 ; une hernie inguinale de 5 à 20 0/0. L'auteur ajoute qu'il ne donne ce tableau qu'à titre de simple indication et qu'à l'appliquer sans discernement on s'exposerait à commettre les injustices les plus regrettables. On ne peut tarifier d'avance chaque lésion : deux cas exactement semblables ne se rencontrent jamais dans la nature. Deux blessures qui portent le même nom en chirurgie diffèrent toujours par les complications inévitables dont elles sont accompagnées. Et d'ailleurs, seraient-elles identiques en tout point, que le dommage en résultant varierait encore suivant l'âge, le sexe, la profession de la victime et aussi suivant mille circonstances spéciales dont le juge doit tenir compte dans chaque cas. Ce qui est vrai des blessures, l'est également des maladies. Il n'y a pas deux maladies pareilles.

Charcot disait : « Il n'y a pas de maladies, il y a des malades ». Il serait vain d'établir d'avance une classification, de déclarer qu'à telle affection correspond tel pourcentage, quels que soient l'âge, le sexe, la profession du malade si l'on ne commence pas par rejeter les principes examinés précédemment et par déclarer que les indemnisations seront forfaitaires. Au point de vue pratique, il est évidemment beaucoup plus simple d'appliquer un barème que de déterminer exactement le degré d'incapacité de travail d'un invalide.

Le projet de loi du gouvernement prévoyait qu'un barème serait arrêté par le ministre, qui fixerait les pourcentages d'incapacité de travail correspondant aux diverses maladies, blessures, infirmités. La commission parlementaire a quelque peu modifié cet article en déclarant que ce barème serait établi en tenant compte des occupations professionnelles.

les antérieures du malade. Ce barème ne tiendra donc compte ni de l'âge, ni du sexe, ni des facultés de réadaptation de l'intéressé. Il y a là, semble-t-il, une solution intermédiaire entre le forfait pur et simple et, d'autre part, les principes habituellement admis en la matière.

L'établissement d'un barème empêchera-t-il les contestations entre assureurs et assurés ? Cela ne paraît pas certain du tout. L'un soutiendra que la maladie de tel assuré est celle de telle catégorie du barème, l'autre affirmera que c'est à telle autre catégorie qu'elle doit être assimilée. Il faudra toujours un juge pour arbitrer leurs prétentions contraires. Si ce juge n'est pas lié par le barème, on est ramené à la procédure de la loi du 9 avril 1898. Il ne semble pas que tel soit le désir du législateur. Celui-ci prévoit en effet, à l'art. 35 du projet, qu'en cas de contestation entre l'assuré et l'organisme d'assurance, au sujet du pourcentage proposé par ce dernier d'après le rapport du médecin traitant, le différent sera arbitré par une commission formée par le médecin traitant par un deuxième médecin désigné suivant les cas soit par l'assuré, soit par la caisse d'assurance et par un troisième médecin, arbitre choisi par les deux premiers. Il semble résulter de cet article que la contestation ne peut être que d'ordre médical. Il ne peut s'agir que de définir exactement la maladie ; ceci fait, il n'y aura plus qu'à appliquer le barème, sans avoir à tenir compte des circonstances particulières à chaque cas, susceptibles d'influer sur le pourcentage réel d'incapacité.

Le sens des mots maladie, invalidité partielle ou totale étant ainsi déterminé, nous allons examiner les conditions dans lesquelles l'organisation de l'assurance est possible.

L'assurance des risques

« L'assurance, a dit M. Jay, est une compensation des effets du hasard sur le patrimoine de l'homme, organisée suivant les lois de la statistique ». Cette idée de compensation des risques est fort ancienne, Théophraste signalait déjà l'existence de sociétés de secours mutuels, mais c'est la statistique, science moderne, qui a permis à l'assurance de se dégager de l'empirisme et de lui donner des bases scientifiques. Tous les risques ne sont pas assurables; pour qu'un risque soit assurable, il doit présenter certaines caractéristiques. Il doit être fortuit, c'est-à-dire que sa réalisation doit être indépendante de la volonté de l'assuré, ou tout au moins, que sa réalisation soit assez fâcheuse pour l'assuré pour que ce dernier ne soit pas tenté d'en provoquer la réalisation pour toucher certaines prestations. La maladie et l'invalidité présentent bien ces caractéristiques.

Le risque doit être faible, c'est-à-dire que sa probabilité de réalisation doit être petite. De quelle utilité serait l'assurance d'un risque qui frapperait tous les assurés ? Ils ne recevraient que des prestations inférieures aux primes qu'on serait obligé de leur demander, puisqu'il faudrait imputer sur ces primes les dépenses d'administration. Ils n'auraient dès lors plus aucun intérêt à mettre leurs primes en commun. C'est ainsi qu'une assurance-maladie ne doit donner aucune indemnité pour les premiers jours de maladie, car presque tout le monde aurait droit à cette indemnité. Les indispositions légères dont la durée ne dépasse pas un petit nombre de jours ne sont d'ailleurs pas très onéreuses, et l'épargne suffit à compenser les menues dépenses qu'elles entraînent.

Enfin, il faut que le risque soit évaluable c'est-à-dire qu'on puisse déterminer suivant quelle loi, il se réalisera.

L'étude de certaines statistiques montre qu'il existe entre les évaluations numériques de divers phénomènes des rapports sensiblement constants ; par exemple, le rapport du nombre des cas de maladie au nombre des habitants d'une région donnée varie peu durant plusieurs années observées consécutivement. Un tel phénomène n'est pas à priori comparable à une probabilité mathématique, probabilité abstraite et rigoureusement définie, par exemple à la probabilité de tirer au hasard un roi d'un jeu de cartes. Ce rapport sensiblement constant s'appelle probabilité statistique et mesure la probabilité par habitant d'être malade dans le courant d'une année. Ayant ainsi déterminé le nombre moyen annuel de cas de maladie, par 100 habitants par exemple si on compare pour chaque année le nombre des cas de maladie réellement observés, au nombre donné par le calcul basé sur le pourcentage précédemment établi, on constate que les écarts annuels entre ces deux nombres suivant assez rigoureusement les lois du calcul de probabilité pour qu'on puisse assimiler au moins en première approximation, la probabilité statistique à la probabilité mathématique. — On pourra donc prévoir en se basant sur la constance du pourcentage moyen la fréquence des cas de maladie durant une période donnée de l'avenir. Pour que cette induction puisse valablement être faite, il faut que l'expérience qui lui sert de base ait porté sur un grand nombre de cas, et, d'autre part, que le groupe pour lequel on cherchera à prévoir le nombre de cas de maladie ait une composition analogue à celui qui a servi à l'expérience de base. Les mathématiciens démontrent en effet qu'étant donnée la probabilité de la sur-

venance de tel événement, la différence entre le nombre réellement observé et le nombre calculé est, proportionnellement au nombre des cas envisagés, d'autant plus petite que le nombre de cas est plus grand. Ce qui revient à dire que plus grand sera le nombre des assurés, plus solide sera l'organisme d'assurance et moins le rôle du hasard sera important. Ainsi, si l'on considère un groupe d'ouvriers de 25 à 65 ans, répartis par âge proportionnellement aux nombres indiqués par les tables de mortalité usuelles et si l'on veut garantir à ces ouvriers une indemnité de 3 francs par journée de maladie, les actuaires démontrent que la cotisation à demander à chaque ouvrier varie suivant le nombre des assurés. Si ce groupe comprend 10.000 membres, on peut prévoir dans le courant d'une année 2.479 cas de maladie ; la dépense moyenne par sociétaire et par an s'élève à 37 fr. 80.

Cependant il pourra se produire en plus ou en moins 17 cas de maladie, de sorte que la dépense afférente à chaque membre pourra varier de 38 fr. 05 à 37 fr. 55. Il sera donc prudent de demander aux sociétaires une prime de 38 fr. 05 ; la différence entre cette prime et la prime moyenne de 37 fr. 80 est d'ailleurs infime.

Si le groupe considéré ne comprenait plus que 1.000 membres, le nombre des cas de maladie pourrait varier de 242 à 252 ; la dépense moyenne par membre et par an varierait corrélativement de 38 fr. 55 à 37 fr. 05. L'écart entre la prime moyenne et les primes minimum et maximum est ici de 0 fr. 75, 3 fois plus grand que dans la société qui comptait 10.000 adhérents.

Supposons maintenant que cette société ne groupe plus que 100 assurés : la dépense par assuré et par an oscillerait cette fois entre 34 fr. 75 et 40 fr. 85, chiffres qui présentent

avec la dépense moyenne un écart de 3 fr. 05, douze fois supérieur à celui du 1^{er} cas.

Il est évident que, de ces 3 groupes, c'est le premier qui présente la stabilité la plus grande, tout en demandant des primes inférieures à celles que devraient demander les deux derniers groupes.

Nous avons supposé dans les cas ci-dessus envisagés, que nous avions un groupe d'ouvriers ne jouissant pas d'une santé particulièrement robuste, non plus qu'ayant une très mauvaise santé ; nous avons supposé un groupement moyen, présentant les mêmes risques que le groupe observé pour l'établissement des statistiques de morbidité. Il est évident qu'il ne faudrait pas appliquer une statistique de morbidité moyenne des habitants d'une région à un groupe de personnes dont la profession ou le genre de vie serait particulièrement insalubre.

Nous verrons plus loin que les statistiques dont on peut disposer ont été établies par l'observation d'un grand nombre de têtes, de tous âges et de toutes professions, il sera donc licite de se baser sur les renseignements fournis par ces statistiques pour prévoir les dépenses auxquelles l'assurance aura à faire face — et pour que ces prévisions présentent un maximum de garantie il faut que l'assurance atteigne un grand nombre d'assurés de tous âges et de toutes professions.

L'Assurance doit être obligatoire

Le seul moyen d'arriver à ce but, c'est d'instituer une assurance obligatoire. On s'est livré, de longues années durant, à des discussions académiques sur les avantages comparés de l'obligation et de la liberté en fait de lois sociales.

— Il ne paraît pas possible aujourd'hui de contester que l'obligation ne soit indispensable pour que la loi atteigne les buts voulus par le législateur. L'exemple de la loi de 1910 sur les retraites ouvrières est là pour illustrer la thèse des partisans de l'obligation. L'examen du projet de loi montre que l'obligation est, en fait d'assurance maladie encore plus nécessaire que dans l'assurance-vieillesse.

Que les gens acceptent ou refusent d'adhérer à cette dernière assurance suivant qu'ils ont une mauvaise ou une bonne santé, ils finissent toujours par mourir. Il suffit d'adopter une table de mortalité suffisamment lente pour se garantir contre tout alea. Il n'en va pas de même dans un régime d'assurances sociales. La liberté présente ici, du fait des assurances maladie et invalidité, les plus gros alea financiers. Celui qui est chargé d'une nombreuse famille, celui qui est souvent malade seront attirés par les assurances sociales, puisqu'en échange de faibles prestations, l'un sera secouru quand la maladie l'empêchera de travailler, l'autre quand les siens auront besoin de secours médicaux et pharmaceutiques. Voici des clients assurés pour les organismes d'assurance, puisqu'ils ont la quasi-certitude de passer en s'assurant un contrat avantageux. Au contraire, le célibataire jouissant d'une bonne santé se gardera de s'assurer, les primes qu'il verserait ne devant, selon toute probabilité, lui être d'aucune utilité. Il n'y aurait donc finalement d'assurés que des personnes qui coûteraient cher à l'assurance. Les primes nécessaires pour couvrir les dépenses des organismes d'assurance seraient trop élevées pour les moyens des assurés. On serait donc obligé de faire appel aux finances publiques pour combler les déficits.

Seule l'obligation mêlant tout naturellement les bons

et les mauvais risques permet, en se basant sur des statistiques établies par l'étude de groupements aux risques également mêlés, des évaluations suffisamment exactes des ressources et des charges de l'assurance ; l'obligation est une nécessité actuarielle et financière.

A tout bien considérer, ne pourrait-on dire que toute assurance maladie-invalidité n'est autre chose qu'un impôt prélevé sur la santé au bénéfice des malades ? Cet impôt doit nécessairement être obligatoire ; le contribuable volontaire étant assez rare.

Mais, objectera-t-on, nul ne sait en s'assurant s'il sera contribuable volontaire, ou bénéficiaire. Cet argument, très puissant quand il vise un cas isolé, perd de sa valeur si l'on considère un groupe assez nombreux de personnes. Certaines de ces personnes se tromperont ; elles jugeront qu'elles n'ont pas intérêt à s'assurer, et elles seront malades, et inversement. Mais la majorité ne se trompera pas. L'homme apprécie sa santé d'une façon assez exacte. C'est ainsi qu'au point de vue mortalité, on a été obligé d'établir des tables spéciales pour les rentiers. On s'est aperçu que l'ensemble des personnes qui se constituent des rentes viagères, vivaient plus longtemps que ne le faisaient prévoir les tables de mortalité ordinaires.

Il semble logique de supposer qu'en fait de morbidité, on trouverait chez des assurés facultatifs le même pressentiment de bonne ou de mauvaise santé, ce qui entraînerait l'afflux des mauvais risques.

L'obligation prévue au projet de loi pare à ce danger et permet grâce au grand nombre des assurés de donner de solides fondations aux institutions des assurances sociales.

Les ressources de l'Assurance maladie-invalidité

Les assurés malades et invalides recevront des soins, percevront des allocations. Cela entraînera des dépenses, auxquelles on fera face grâce aux cotisations. Mais ici, une question préalable se pose : à qui incombe le paiement des cotisations ?

D'abord, aux assurés. Il est rationnel qu'ils contribuent au fonctionnement d'une assurance dont ils retireront tout le bénéfice.

La question est plus délicate en ce qui concerne l'employeur. Certains se déclarent ennemis de la contribution patronale qu'ils accusent d'annihiler toute velléité d'énergie, de décourager l'effort des adhérents, ceux-ci s'habituant à compter sur une aide qui leur est constamment fournie. Un tel système, disent-ils, perd son caractère d'assurance pour devenir de l'assistance, transformation fâcheuse au point de vue moral.

Ces raisons ne paraissent pas concluantes: elles reposent sur cette idée que le patron ne doit plus rien à l'ouvrier dès qu'il lui a payé le salaire convenu, idée fort discutable. Jean Dolfus, le grand industriel de Mulhouse n'affirmait-il pas : « Le patron doit à l'ouvrier plus que son salaire »? Le salaire sert à faire face aux nécessités quotidiennes, aux dépenses courantes, mais est généralement insuffisant pour permettre à l'ouvrier de s'assurer contre les fâcheuses éventualités de l'existence. Lloyd George disait en 1911 à la Chambre des Communes : « très peu de travailleurs peuvent payer d'une manière continue des primes en prévision de tous les risques qui les menacent ». Le prix de la sécurité est trop élevé pour la majorité des salariés. Il est donc du devoir moral des

employeurs de les aider ; ceux-ci semblent bien en être convaincus si on en juge par cette magnifique floraison d'œuvres sociales due au patronat, depuis quelques années. Si il y a là un devoir moral, il y a aussi un intérêt de premier ordre. Que deviendront demain les fils des patrons, des chefs d'industrie d'aujourd'hui si la natalité décroissant, la main-d'œuvre devient de plus en plus déficitaire ? ou si le communisme en progrès provoque des désordres, et bouleverse notre organisation sociale ? C'est là un point de vue qui ne peut échapper au patronat et qui ne peut que rendre plus impérieuse la nécessité de l'accomplissement du devoir moral. D'ailleurs sera-ce seulement quand les assurances sociales seront entrées en application que le patron fournira à son employé plus que son salaire ? N'en est-il pas déjà ainsi ?

Le docteur Ernst Heller analysant le salaire dans la revue allemande *Plutus* aboutit à la conclusion que le salaire réel comprend en plus du salaire proprement dit payé à l'ouvrier, les dépenses d'assurance et la part d'impôt affectée aux institutions spécialement utiles à la classe ouvrière. Ces institutions étant d'ailleurs entretenues par l'ensemble des contribuables, c'est donc que le patron n'a pas donné à l'ouvrier un salaire suffisant, puisque la communauté est obligée de lui ajouter un appoint. Les organismes d'assurance prendront à leur charge un certain nombre de ces institutions spécialement utiles aux ouvriers, il paraît donc rationnel que le patron contribue aux dépenses de ces organismes par une cotisation, complément de salaire. Ce complément peut d'ailleurs varier proportionnellement à la cotisation de l'assuré, c'est ce qui a lieu en Allemagne, ou au contraire décroître au fur et à mesure que le salaire devient

plus important ; c'est ainsi que la loi anglaise de 1911 fait supporter au chef d'entreprise une part d'autant plus importante que le salaire est plus faible. Une fois fixée la proportion dans laquelle le patronat va contribuer aux charges de l'assurance, reste à déterminer la quotité des primes à demander aux assurés et aux employeurs.

Divers modes de détermination des quotités des primes

Si les risques que nous voulons couvrir étaient de probabilité constante, le problème serait fort simple. Il suffirait de demander à chaque adhérent une cotisation égale au risque qu'il fait courir à l'organisme d'assurance, aux frais d'administration près. Mais nous verrons plus loin que les risques maladie et invalidité sont variables avec l'âge, le sexe et la profession. On ne tient généralement pas compte de l'influence de ces deux derniers facteurs, moins importante d'ailleurs que celle de l'âge. Un premier procédé aussi équitable que logique se présente à l'esprit : diviser la période pendant laquelle le salarié est assuré en périodes assez courtes pour que le risque puisse être considéré comme constant dans chacune d'elle. C'est le système des contrats annuels successifs. Dans ce système, le taux de la cotisation varie chaque année proportionnellement au risque, si on a pris l'année pour période où le risque peut être considéré comme constant. Ce système présente d'abord l'inconvénient de compliquer la comptabilité, ensuite de faire croître les charges au fur et à mesure que l'assuré vieillit, cet accroissement coïncidant avec la diminution de ses forces et par suite de ses ressources. Cet accroissement en cas d'assurance faculta-

tive amènera souvent l'assuré âgé à quitter l'assurance. Pour assurer une indemnité de 3 francs par jour de maladie, l'assurance doit en effet demander une prime annuelle de 17 fr. 90 à 25 ans et de 96 fr. 60 à 60 ans ; la prime a plus que quintuplé. Avec un tel système, l'organisme d'assurance reçoit chaque année les sommes exactement nécessaires pour faire face aux dépenses de l'année. On évite ainsi l'accumulation des capitaux, qui n'est pas sans danger dans les périodes économiquement troublées. Les compagnies allemandes d'assurances ont vu du fait de la dévalorisation du mark, baisser considérablement leurs réserves. La presque totalité de ces réserves, était en effet constituée en valeurs d'Empire, d'Etats et en prêts aux communes. En 1903, sur une réserve totale de 1080 millions de marks, 44 millions seulement étaient placés en valeurs immobilières.

Si on rejette ce système, on en arrive à celui de la capitalisation qui peut revêtir des formes assez diverses. Le principe de ce système est de demander à l'assuré dès son entrée dans l'assurance une prime supérieure au risque qu'il représente. L'excédent de la prime est mis en réserve et capitalisé. Le risque qu'il fait courir à l'assurance croît tous les ans. il arrive à un certain moment à correspondre exactement à la prime demandée ; puis il lui devient supérieur. A ce moment, les sommes mises en réserve servent à compléter la prime jusqu'à concurrence de la valeur du risque couru par l'assurance. Grâce à ce procédé la prime demandée à l'assuré est constante. Il payera son assurance plus cher qu'elle ne vaut tant qu'il est jeune, mais il aura la certitude de toucher les mêmes prestations jusqu'à la fin de ses jours, et cela sans augmentation des cotisation. Cette certitude n'est

pas donnée par la répartition, tout au moins en cas d'assurance facultative ; les jeunes gens hésiteront, en effet, à entrer dans une assurance, où ils auront de lourdes cotisations à payer dans le présent, par rapport aux risques qu'ils courent sans avoir la certitude que dans l'avenir d'autres jeunes gens viendront à l'assurance pour payer les primes nécessaires pour faire face aux risques accrus qui les menaceront quand ils seront devenus vieux. Avec les systèmes reposant sur la capitalisation, les ressources nécessaires pour faire face à ces risques accrus sont au contraire constituées à l'avance. Les primes demandées dans un tel système sont constantes pour chaque assuré et sont fixées d'après l'âge où il entre dans l'assurance. Un autre système peut également être employé : on peut demander à tous les assurés la même prime, cette prime étant égale à celle demandée aux assurés les plus jeunes. Aux personnes qui entrent plus âgées dans l'assurance, on demande un droit d'entrée, variable avec l'âge et égal à la réserve qu'ont à cet âge les assurés entrés les plus jeunes dans l'assurance.

Ces systèmes ont l'inconvénient de devenir prohibitifs aux âges avancés, cotisations ou droits d'entrée étant devenus considérables.

Ces divers modes d'évaluation des primes sont ceux employés dans l'assurance individuelle. Chaque assuré est considéré isolément ; la péréquation des ressources et des charges est individuelle. Il n'en est pas de même dans l'assurance sociale, où la collectivité des personnes assurées apparaît comme un nouvel organisme ; elle doit être considérée non comme une réunion d'individus, mais comme un tout homogène, présentant un caractère durable. Il faut rechercher ici la péréquation entre les ressources et les dépenses

du groupe ; la prime devra être une prime moyenne et non une prime individuelle.

Ici aussi se présente le choix entre la répartition et la capitalisation. On peut évaluer, étant donné le nombre des assurés, connu assez exactement puisqu'il s'agit d'assurance sociale, par suite obligatoire, les dépenses approximatives qu'entraîneront les prestations aux malades et aux invalides. Mais pour maintenir le taux de ces prestations constant, l'obligation de versements variables s'impose. Les versements des assurés iront en croissant jusqu'à la période de fonctionnement normal de l'assurance. Si on préfère maintenir constants les versements, le taux des prestations va en diminuant pendant la période transitoire. Ces inconvénients s'appliquent surtout à l'assurance invalidité. En ce qui concerne l'assurance maladie, le régime de la répartition est universellement adopté. Les charges de cette assurance sont en effet sensiblement constantes et ne comportent guère d'aléa d'une année à l'autre. La part des cotisations affectée à l'assurance maladie sera sensiblement constante. La répartition peut donc dans cette branche être appliquée sans inconvénient. Il n'en est pas de même pour l'assurance invalidité. Il n'est pas sûr que la composition du groupement des assurés restera constante pour permettre d'accorder aux générations d'assurés dont les cotisations auront servi à couvrir les charges des générations antérieures les mêmes prestations qu'à leurs aînés. En cas de mobilisation, de crise de chômage prolongé, il se produirait en effet un ralentissement dans les recettes, qui se traduirait par des à-coups terribles, susceptibles de provoquer la faillite du système. La capitalisation évite cet aléa, mais présente celui indiqué précédemment : que deviennent les réserves en cas de baisse

du franc ? C'est là un grave problème qui se pose à l'heure actuelle au législateur. Nous verrons plus loin de quelle façon il l'a résolu.

CHAPITRE II

L'œuvre de la Mutualité

Les premières institutions d'Assurances sociales

Le projet de loi sur les assurances sociales ne constitue pas en France une innovation. Sans remonter aux ordonnances de Colbert de 1668 et 1674 qui posaient le principe du droit à la pension pour les travailleurs invalides, c'est au début du 19^e siècle, dans le centre industriel de Mulhouse qu'ont été créées les premières institutions d'assurances sociales.

Ces organismes se sont montrés vivaces et ont, en grande partie, servis de modèle aux Allemands quand ils ont créé leurs assurances sociales. Avant que le conquérant les eût dotés d'assurances légales, les Alsaciens avaient déjà un système complet d'assurance-maladie : soins médicaux et fournitures pharmaceutiques aux salariés et à leurs familles, indemnités en argent proportionnelles aux salaires, gestion des caisses par les délégués des patrons et des ouvriers, double cotisation patronale et ouvrière.

L'assurance-maladie fut amorcée, dans la France d'après 1870, par deux lois : celle du 26 juin 1894 qui organise les caisses de secours des ouvriers mineurs et celle du 1^{er} avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels.

Le principal objet des sociétés de secours mutuels est de servir à leurs adhérents des secours en cas de maladie, parfois de créer des rentes de vieillesse ou de servir des indemnités en cas de décès.

Le recrutement de ces sociétés est, comme leur fonctionnement, libre. La liberté de ce régime n'a pas donné tous les résultats désirables.

Difficultés de fonctionnement des Sociétés de Secours Mutuels

Ces sociétés sont souvent formées de personnes d'âges voisins. Tant que les membres sont jeunes, les comptes de la société présentent un aspect brillant. Les cotisations rentrent sans difficulté, les charges sont légères, les réserves s'accroissent chaque année. Ce brillant fonctionnement peut d'ailleurs durer longtemps. Même après une vingtaine d'années, une société de secours mutuels n'a pas donné la preuve de la vigueur de son organisation. Il se peut qu'à cette époque la véritable expérimentation de son statut n'ait pas encore commencé.

Si la société a été formée à ses débuts de membres de 20 à 30 ans, ceux-ci, vingt ans après, auront 40 à 50 ans. C'est à ce moment que les maladies deviendront plus fréquentes, que leurs durées augmenteront. Le recrutement des membres nouveaux sera tari par le mauvais aspect financier de la société qui languira, heureuse encore si elle peut tenir ses engagements.

Bien souvent elle ne le pourra même pas ; les procédés de calcul de ces sociétés sont généralement empiriques et ne reposent sur aucune base mathématique.

Le cas que nous venons d'envisager, constitution d'une société par des membres jeunes, se présente fréquemment tout au moins dans le midi de la France où la Société de secours mutuels du village est en même temps et surtout l'organisme qui organise les bals des dimanches et des fêtes du village.

Les Sociétés de secours mutuels se heurtent toutes à une autre difficulté. Les cotisations qu'elles demandent à leurs adhérents sont minimales. En 1920, les 708.000 membres des sociétés ayant pour but principal l'assurance maladie ont versé 10.600.000 francs, soit en moyenne moins de quinze francs par tête. Il ne paraît d'ailleurs pas possible de relever sensiblement le taux des cotisations sans risquer d'écarter des Sociétés la masse des travailleurs.

Quoiqu'il en soit les sommes mises à la disposition de la mutualité faisant de l'assurance maladie sont infimes, même en y ajoutant le secours qu'apporte l'assistance à la prévoyance sous forme de cotisation des membres honoraires, de legs, de subventions, et qui s'est élevé en 1920 à 3.121.000 francs.

Ces chiffres sont fournis par les sociétés faisant uniquement de l'assurance maladie.

Il existe d'autres sociétés faisant simultanément de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse. La cotisation moyenne demandée à leurs adhérents a été en 1920 d'environ 20 francs. On voit qu'elles sont tout aussi pauvres que celles faisant exclusivement de l'assurance maladie, bien qu'elles reçoivent de l'assistance un secours comparable.

Le taux de ces cotisations est trop faible pour permettre d'indemniser convenablement les risques et, à plus forte raison, d'organiser la lutte contre la maladie au point de vue

social. La mutualité a consacré en 1920, 477.000 francs à la prévention des maladies et à l'hygiène sociale. Ce chiffre se passe de commentaires. — Le rapport sur le fonctionnement des sociétés de secours mutuels pendant l'année 1920 nous apprend que la dépense moyenne par assuré malade a été d'environ 27 francs. Les honoraires médicaux rentrent dans cette somme pour 8 francs, les frais pharmaceutiques pour 9 francs, les secours en argent pour 10 francs.

Peut-on vraiment espérer que des organismes aussi dépourvus de moyens financiers aient une action quelconque sur la santé publique ?

Nous avons dit plus haut que la loi du 26 juin 1894 avait organisé pour les ouvriers mineurs des caisses de secours. Celles-ci sont obligatoires. Cette disposition de la loi leur assure donc une meilleure composition, au point de vue risque, qu'aux sociétés libres ; le législateur les a cependant dotées d'un budget autrement large que celui de la mutualité. Chaque mineur verse environ 80 francs par an, et les employeurs versent 40 francs environ.

Les caisses de secours disposent donc annuellement de 120 francs par membre. Nous sommes loin des 19 francs par membre dont dispose la mutualité !

En Angleterre les caisses de secours mutuels sont encore plus riches que nos caisses de secours des mineurs. Elles demandent des cotisations allant de une livre à une livre et demie. Leur situation financière est suffisamment brillante pour qu'elles puissent se permettre de refuser tout secours de l'assistance ; elles ne veulent pas de membres honoraires, ne voulant rien recevoir de ceux à qui elles ne peuvent rien donner.

Faiblesse des effectifs des Sociétés de Secours Mutuels françaises

L'importance des cotisations demandées à leurs adhérents n'éloigne pas les travailleurs anglais des sociétés de secours mutuels. L'Angleterre compte de nombreux mutualistes groupés en sociétés, qui sont elles-mêmes affiliés à des organisations extrêmement importantes, les « orders ». Certaines sont célèbres, notamment l'« ancient order of forester » qui compte 600.000 membres, le « Manchester Unity of old Fellows » qui groupe 750.000 membres.

Grâce à cette organisation, les mutualistes anglais, tout en ayant les avantages de la petite société fraternelle, jouissent aussi des avantages de la grande organisation.

Il n'en est pas de même en France, où chaque société est isolée, ne peut compter que sur ses ressources propres, à quelques subventions gouvernementales près.

Si encore les sociétés étaient très importantes et comptaient de grands nombres d'adhérents, cela compenserait le défaut d'unions entre elles. Mais ce n'est pas le cas. — En 1920, 14.754 sociétés ayant pour but soit l'assurance maladie, soit l'assurance maladie et vieillesse, groupaient 1.965.000 adhérents. Le nombre moyen d'adhérents par société ressort donc à 133. Ce nombre est d'ailleurs grossi par quelques rares sociétés qui comprennent un grand nombre de membres, par exemple la « Fraternelle des employés et ouvriers des chemins de fer français » qui compte 78.000 membres. Plus d'un millier de sociétés groupent moins de 20 membres. Ce sont des petits groupes unis par le lien de quelque communauté religieuse, professionnelle ou politique,

Toutes ces petites sociétés n'offrent pas grande sécurité ; un seul cas de grave maladie épuiserait rapidement leurs maigres ressources. Être affilié à ces petites sociétés ne donne pas la garantie d'être soigné le jour où l'on sera malade.

Résultats au point de vue de l'Assurance-maladie de la loi du 1^{er} Avril 1898

Les secours fournis par la mutualité sont, nous l'avons vu, minimes toujours, précaires parfois. Ce sont peut-être là les raisons du peu de goût que montrent les Français pour s'affilier aux sociétés de secours mutuels.

Il est de règle dans les discours officiels de célébrer le développement de la mutualité en France et de parler de ses 4 millions et demi d'adhérents.

En réalité, il convient de défalquer de ce nombre les enfants des mutualités scolaires, environ 740.000, ce sont tout au plus des candidats à la mutualité, ce ne sont pas des mutualistes. Non plus d'ailleurs que les 500.000 membres honoraires qui sont des bienfaiteurs de la mutualité mais non de vrais adhérents. Ces défalcations faites, il reste 3.300.000 véritables mutualistes. Tous ceux-ci ne sont pas assurés contre la maladie ; bon nombre de sociétés ont d'autre but que l'assurance maladie. N'ont participé à cette assurance que 2.300.000 mutualistes environ en 1920.

Ceux-ci se recrutent principalement chez les petits commerçants, les employés, les paysans, c'est-à-dire des catégories sociales où l'individu malade ne tombe généralement pas à la charge de l'assistance.

La classe ouvrière ne compte que peu d'adhérents aux

sociétés faisant de l'assurance maladie ; environ 800.000 sur une population ouvrière de 15 à 16 millions.

Les 95 0/0 de cette population seront donc à la charge de l'assistance en cas de maladie grave.

La situation n'est guère plus brillante, si nous passons maintenant à la population rurale. Sur les 36.000 communes que compte la France, 27.000 n'ont pas de sociétés de secours mutuels. Les travailleurs ruraux de ces 27.000 communes sont donc pratiquement exclus de toute participation à la mutualité et, en cas de maladie grave, tomberont eux aussi à la charge de l'assistance.

En résumé, l'œuvre de la mutualité n'a donné en fait d'assurance maladie que de médiocres résultats. Bien plus médiocres encore sont les résultats obtenus en ce qui concerne l'assurance-invalidité.

En 1911, le budget de l'assurance-invalidité s'élevait à 1 million de francs, le nombre des adhérents à cette assurance étant de 620.000.

Les sociétés de secours mutuels, telles qu'elles existent en France, ne peuvent sérieusement assurer le risque invalidité, risque de probabilité très faible, mais très onéreux de compensation ; leurs effectifs sont beaucoup trop faibles pour cela.

Il résulte de ces quelques considérations sur le fonctionnement de la mutualité en France, qu'elle est impuissante à lutter d'une façon efficace contre les fléaux sociaux.

L'introduction de l'obligation dans les assurances maladie et invalidité, préconisée d'ailleurs par les dirigeants mutualistes, paraît indispensable pour leur permettre d'atteindre tous les résultats qu'on est en droit d'attendre d'elles. Ce sera l'œuvre des assurances sociales.

CHAPITRE III

Bases statistiques

I — Les statistiques de morbidité

Nous avons dit précédemment que pour qu'un risque soit assurable, il fallait qu'il fut fortuit, faible et évaluable. Si il est généralement facile de se rendre compte si un risque présente les deux premières qualités, il l'est beaucoup moins d'évaluer le risque. C'est là cependant une opération indispensable avant de créer une assurance, puisque c'est cette évaluation qui permettra de prévoir les dépenses d'indemnisation du risque et, par suite, de fixer les primes à demander aux assurés.

Tout le fonctionnement financier de l'assurance repose sur l'évaluation du risque. Il y a là un travail préliminaire qui devra être conduit avec le plus de précision, en même temps que de prudence possible.

Le problème qui se pose est le suivant : que va coûter l'assurance maladie ? que va coûter l'assurance invalidité ?

Occupons-nous d'abord de l'assurance maladie.

Nous avons vu que celle-ci entraîne deux sortes de dépenses, allocations pécuniaires d'une part et prestations en nature d'autre part.

Pour déterminer les dépenses de la 1^{re} catégorie, il suffit de déterminer le nombre moyen annuel de journées de maladie par tête d'assuré, ce que l'on peut faire en se basant sur diverses tables ou statistiques que nous examinerons plus loin. Celles-ci sont basées sur les résultats obtenus par des caisses d'assurance-maladie. Ces caisses tiennent, en effet, un compte exact des indemnités versées aux assurés ; elles connaissent donc le nombre des journées de maladie indemnisées, et, par suite, le nombre moyen de jours de maladie par tête d'assuré. Peut-on utiliser ce renseignement tel quel ?

Non, évidemment ; il faut que la population que l'on veut doter d'assurances ait une composition comparable à celle de la population assurée aux caisses ayant fourni les statistiques que l'on veut utiliser.

On ne peut pas se servir d'une statistique, basée sur l'observation d'un milieu ouvrier dans une grande ville pour évaluer la morbidité d'une population rurale ; les genres d'existence, de travail, d'hygiène des uns et des autres sont trop différents pour pouvoir admettre que leurs morbidités seront du même ordre.

Il faut aussi tenir compte des différences des règles en vigueur dans la caisse dont on veut utiliser les statistiques et dans la caisse que l'on veut créer.

Si les délais de carence sont différents, il faudra en tenir compte, puisque les statistiques ne comptent que les journées indemnisées, les seules qui intéressent la comptabilité financière des caisses.

Suivant que le délai de carence sera plus ou moins grand, le nombre des journées à indemniser moins ou plus important. Il en est de même pour les âges entre lesquels joue l'assurance. Il ne faudrait pas se baser sur les résultats

d'une caisse admettant des membres de 20 à 70 ans pour établir une assurance qui n'admettrait que des assurés ayant moins de 60 ans. Les prévisions seraient faussées du fait des assurés de 60 à 70 ans, beaucoup plus souvent malades que les assurés de 20 à 60 ans.

Enfin, les organismes d'assurance n'accordent des secours que pendant un certain laps de temps. Il ne conviendrait pas d'utiliser les renseignements d'une caisse qui cesserait ses prestations au bout de 3 mois pour la création d'une caisse qui ne les cesserait qu'au bout de 6 mois. Cela reviendrait à négliger tous les jours de maladies après le 90°. On irait ainsi au-devant des plus fâcheux mécomptes financiers.

Pour déterminer maintenant les dépenses entraînées par les prestations en nature, nous serons encore amenés à les évaluer par comparaison avec celles des caisses d'assurance maladie, déjà existantes. Mais ces évaluations ne peuvent ici être très précises, car elles dépendent de divers éléments difficiles sinon impossibles à évaluer avec précision : exigences du corps médical, coût des médicaments, des traitements, façon économique ou onéreuse de prescrire des médecins.

Les évaluations de dépenses des prestations en nature devront donc être considérées comme approximatives et il sera prudent de les faire largement.

Statistiques de la Mutualité française

Une première idée vient à l'esprit quand on cherche les bases statistiques à donner à une assurance-maladie française : utiliser les résultats des sociétés de secours mutuels pratiquant ce genre d'assurance. Elles ont une clientèle française, formée des classes sociales qui seraient touchées par

une assurance généralisée : leur fonctionnement étant libre, elles doivent avoir plus de mauvais risques que n'en aurait une assurance obligatoire : elles semblent donc devoir, donner toute la sécurité désirable.

Il n'en est malheureusement pas ainsi et le plus sommaire examen des résultats de leur fonctionnement montre qu'elles ne peuvent fournir aucun renseignement utile.

En 1923, en effet, le nombre moyen de journées de maladie a été de 1,9 pour les hommes et de 1,6 pour les femmes dans les sociétés approuvées d'adultes et de 2,6 pour les hommes et de 2 pour les femmes dans les sociétés libres.

Ces chiffres sont manifestement très en dessous de la réalité comme nous le verrons plus loin. Cela s'explique facilement si l'on songe aux conditions dans lesquelles les sociétés de secours mutuels font de l'assurance maladie. Certaines ont un nombre de jours de carence très élevé, la « Fraternelle des employés et ouvriers des chemins de fer français » par exemple qui n'accorde de secours qu'après le 15^e jour de maladie et qui les cesse après le 90^e. Les renseignements fournis par cette société, des plus importantes puisqu'elle groupe 78.000 membres, ne tiennent donc pas compte de toutes les maladies durant moins de 15 jours c'est-à-dire de la grande majorité des cas de maladie.

D'autres sociétés n'accordent des secours que pendant un délai encore plus court ; les renseignements qu'elles fournissent ne comptent par suite que partiellement les maladies de quelque durée.

Il en va de même pour les dépenses des prestations en nature et c'est ainsi qu'en 1921 la moyenne des dépenses par membre participant n'a été que de 4 fr. 37 pour les honoraires médicaux et de 4 fr. 71 pour les dé-

penses de pharmacie, dépenses très inférieures certainement à celles qu'entraînera l'assurance maladie.

Statistiques des administrations publiques

La source de renseignements, que nous venons d'examiner, ne pouvant être utilisée, on pourrait songer à utiliser les renseignements sur la morbidité que peuvent fournir les grandes administrations françaises.

Une enquête fut faite en 1913 sur la morbidité du personnel des administrations publiques en France. Elle donna une moyenne de 6 jours 5 pour les hommes et 6 jours, 7 pour les femmes. Il ne semble pas que l'on puisse tirer de conclusions de ces chiffres pour l'objet qui nous occupe, en raison de la catégorie sociale très spéciale des individus sur lesquels a porté l'enquête.

Certains ont jugé néanmoins qu'une vaste enquête aurait dû être faite auprès des grandes collectivités industrielles pour dégager des bases statistiques sur lesquelles auraient pu être basées les prévisions actuarielles du projet de loi.

C'est ainsi que dans la séance du 17 octobre 1923 de la Société Statistique de Paris, le docteur Fredet, chef du service médical de la compagnie des chemins de fer P. L. M. n'a pas ménagé ses critiques aux bases actuarielles choisies en ce qui concerne la morbidité.

Les statistiques autrichiennes ayant fourni ces bases datent de 1900 ; les conditions de vie peuvent s'être grandement modifiées depuis lors ; de plus le projet de loi va s'appliquer à un ensemble français qui n'a peut-être pas du tout la même composition que l'ensemble autrichien qui a servi à établir les statistiques en question. Il eût été intéressant,

déclare après ces critiques le chef du service médical du P.L.M., de faire une enquête sur la morbidité française auprès des grandes collectivités industrielles et en particulier, auprès des compagnies de chemins de fer. Les statistiques médicales tenues par la compagnie du P.L.M. paraissent, en effet, accuser en ce qui concerne le chômage maladie un écart important avec les statistiques adoptées pour les calculs actuariels.

Cet écart est d'autant plus important fait remarquer le Dr Fredet que les 100.000 individus observés à la compagnie P. L. M. ont été soigneusement sélectionnés à l'entrée.

Tous les cheminots sont, en effet soumis à une visite médicale lors de leur embauchage, mais cette visite, si elle est sévère aujourd'hui ne l'a pas toujours été. Elle était très facile avant la guerre ; c'est donc sur des individus très largement sélectionnés qu'ont été basées les statistiques. Cette visite médicale d'ailleurs porte moins sur la santé générale que sur l'intégrité de certains organes particuliers, les yeux principalement. Or, il n'y a pas de raison pour que quelqu'un atteint de daltonisme ou de myopie soit plus souvent malade que quelqu'un ayant une vision normale.

De plus la moyenne annuelle des journées de maladie citée par le Dr Fredet a été basée sur une observation de 10 ans, de 1913 à 1922 ; or, cette période comprend 5 années de guerre, pendant lesquelles les compagnies de chemins de fer ont vu leur recrutement singulièrement tari ; les agents embauchés pendant cette période ne pouvaient pas avoir vraiment une bonne santé, ils auraient dans ce cas été appelés aux armées. Bon nombre de cheminots étaient mobilisés. Les compagnies avaient donc perdu beaucoup d'élé-

ments robustes et avaient été obligées de les remplacer par d'autres de santé précaire.

Ajoutons que pendant la guerre, l'exploitation des chemins de fer s'est faite dans des conditions toujours difficiles, souvent très pénibles. Combien de mécaniciens et d'agents des trains ont passé plus de 24 h. sans repos sur leurs machines ou dans leurs fourgons !

A côté de cette cause de fatigue excessive propre aux cheminots pendant la guerre, il y a eu une baisse générale de la santé publique due aux privations endurées et, peut-être, aussi, à la nervosité et aux souffrances morales, qui furent à cette époque le lot de la majorité des Français. Il semble que des statistiques basées sur cette période troublée ne donnent pas les garanties désirables pour l'établissement des bases actuarielles d'assurances sociales .

D'après les statistiques du P. L. M., la moyenne des journées de maladie par an s'élève à 11,9, chiffre qui paraît, à première vue, élevé puisque l'âge des cheminots varie de 21 à 55 ou 60 ans.

L'examen des moyennes par an montre qu'elles varient beaucoup d'une année à l'autre. C'est ainsi qu'elle n'a été que de 7 jours, 1 en 1921 alors qu'elle a été de 18,1 en 1918. Ce chiffre élevé s'explique facilement, si l'on se rappelle que c'est en 1918 qu'a sévi cette grippe particulièrement dange-reuse, qui fut à l'époque qualifiée d'espagnole.

Remarquons aussi que cette statistique a porté sur une administration qui paye à salaire entier les journées de maladie et qui fournit gratuitement soins médicaux et fournitures pharmaceutiques. Ceci n'est peut-être pas fait pour abaisser la moyenne annuelle des journées de maladie.

Enfin il n'est pas question dans les renseignements fournis par le Dr Fredet de délai de carence ; c'est donc que le nombre des journées de maladie ayant servi à établir la moyenne annuelle de 11,7 jours est le nombre réel de journées de maladie des agents du P.L.M. — Cette moyenne annuelle n'est donc pas si élevée qu'elle le paraissait à première vue, puisqu'elle comprend de nombreuses journées de maladie, qu'une assurance n'aurait pas indemnisées.

Il conviendrait pour avoir un renseignement vraiment utile de défalquer du nombre total des journées de maladie toutes les premières, deuxième et troisième journées de tous les cas de maladie, si l'on admet un délai de carence de 3 jours, comme le prévoit le projet de loi.

Il faudrait avoir pour cela des statistiques extrêmement détaillées et il est probable que les grandes collectivités industrielles, pas plus que les grandes administrations, ne tiennent point une telle comptabilité des journées de maladie de leurs employés.

Statistiques étrangères

Quoi qu'il en soit, cette vaste enquête qu'aurait souhaitée le Dr Fredet n'ayant pas été faite, on a songé à utiliser les statistiques étrangères.

Les divers pays déjà dotés de l'assurance maladie ont étudié d'une façon assez détaillée la morbidité de leurs nationaux. Ces études ont servi à établir de nombreuses tables de morbidité.

Signalons pour mémoire qu'il existe cependant une table française de morbidité, c'est la table d'Hubbard basée

sur l'observation de quelques sociétés de Secours mutuels du milieu du XIX^e siècle. Les taux de morbidité indiqués par cette table sont tellement inférieurs aux taux admis dans les pays où fonctionne l'assurance maladie, qu'il est impossible de songer à les utiliser.

Parmi les diverses tables étrangères de morbidité nous citerons la table hollandaise de Jance, la table allemande de Kinkelin, basée sur l'observation de la morbidité des habitants de Leipzig, la table anglaise de Watson, basée sur l'observation de la morbidité des adhérents des Sociétés de Secours mutuels de Manchester, et enfin la table autrichienne de 1900 basée sur les résultats des caisses d'assurance maladie obligatoire existant sur toute la surface du territoire autrichien, tel qu'il était en 1900.

Cette table est la seule qui comporte des bases différentes pour les hommes et pour les femmes avec ventilation spéciale des journées d'indisponibilité causée par l'accouchement. Elle présente de sérieuses garanties de sécurité car elle donne, à âge égal, un plus grand nombre de journées de maladie que les autres tables. C'est sur cette table qu'ont été basées les prévisions actuarielles du projet de loi sur les assurances sociales. Etant donné que le projet de loi prévoit un délai de carence de 3 jours, elle présente l'avantage d'avoir été établie dans un pays où le délai de carence était également de 3 jours. — Il n'y a donc aucune correction à faire de ce fait.

La période minima de secours, était en Autriche, lors de l'établissement de la table autrichienne, de 20 semaines, c'est-à-dire de 5 mois environ ; mais de nombreuses caisses accordaient leurs secours pendant une plus longue période. C'est là un élément de compensation aux erreurs qui pour-

raient résulter de la période de secours plus longue en France (6 mois) qu'en Autriche (5mois au minimum).

D'après cette table, il faut prévoir comme moyenne annuelle de journées de maladie : 6 à 20 ans, 8,5 à 40 ans, 15 à 60 ans, pour les hommes. Pour les femmes, les moyennes annuelles sont très proches de ces chiffres compte non tenu des accouchements.

Cette table semble bien présenter de grandes garanties de sécurité ; on en a cependant critiqué l'emploi comme nous l'avons vu ci-dessus, en se basant sur des différences de race, sur des différences possibles de composition sociale. On eut échappé à ces critiques en se basant sur l'expérience d'Alsace-Lorraine.

Statistiques alsaciennes-lorraines

Il existe, en effet, près de nous une population française de 1.700.000 âmes, dotée déjà de l'assurance maladie. Ce sont les Alsaciens-Lorrains.

Il est très vraisemblable que la composition sociale de cette population, ne doit pas différer très sensiblement de celle du reste de la France. Il ne manque donc pas d'intérêt d'examiner les résultats statistiques fournis par cette expérience.

La législation encore en vigueur, au point de vue assurance maladie dans les 3 départements, que 1918 nous a rendus, n'est autre que la législation allemande. Examinons là rapidement pour voir si l'on peut se baser sur les renseignements statistiques fournis par l'expérience d'Alsace-Lorraine pour l'établissement de l'assurance maladie en France.

Les caisses doivent fournir leurs prestations pendant une

période minima de 26 semaines, soit 6 mois ; en fait, la presque totalité des caisses accordent leurs secours pendant beaucoup plus longtemps ; certaines vont même jusqu'à 52 semaines.

Les prestations pécuniaires ne sont accordées qu'à partir du 4^e jour de maladie.

Les salariés de tout âge, même pourvus d'une pension de retraite, bénéficient de l'assurance tant qu'ils ne sont pas frappés d'une incapacité de travail durable et grave.

Le projet de loi sur les assurances sociales concorde-t-il sur ces divers points avec la législation allemande ? Les caisses françaises d'assurances maladie n'alloueront leurs prestations que pendant 6 mois, elles auront donc de ce fait un moins grand nombre de jours de maladie à indemniser que les caisses alsaciennes-lorraines. Elles auront en moins les jours des maladies de longue durée compris entre le 180^e et le délai maximum, toujours plus éloigné comme nous l'avons dit ci-dessus. De ce côté-là, on aurait donc toute sécurité en se basant sur les résultats fournis par les caisses d'Alsace-Lorraine.

Par contre, la législation allemande n'imposant aucun délai, pour classer un assuré dans la catégorie des invalides, il y aura des cas où un assuré sera considéré en France comme malade et par suite secouru par la caisse d'assurance maladie, alors que le même assuré aurait été reconnu invalide en Alsace et ne serait donc plus à la charge de l'assurance maladie. Ce cas est-il très fréquent ? C'est bien peu probable. L'invalidité, qu'elle provienne d'un accident ou d'une maladie, demande généralement un certain temps pour s'établir. Il y a toujours entre l'état de santé et l'état d'invalidité une période intermédiaire de maladie. Elle pourra,

dans certains cas peut-être, avoir une durée inférieure à 6 mois, mais il est à supposer que ces cas seront trop rares pour influencer sensiblement sur les conclusions que nous pourrions tirer des résultats de l'expérience d'Alsace-Lorraine.

Le projet de loi français prévoit que les prestations pécuniaires ne seront allouées qu'à partir du 4^e jour de maladie, ainsi que cela se fait en Alsace. Cette concordance de règle permet l'utilisation sans corrections des résultats obtenus par les caisses maladie.

Il est d'ailleurs question de porter le délai de carence de 3 à 5 jours ; cette modification générerait-elle pour l'utilisation des résultats dont il est question ci-dessus ?

Nous ne le pensons pas, étant donné que le nombre des cas de maladie est connu. Cette augmentation de 2-jours du délai de carence revient à supprimer l'indemnisation des 4^e et 5^e jours. En admettant que le nombre des cas de maladie ayant duré 4 jours n'est pas trop considérable, on peut facilement évaluer le nombre de journées qu'auraient indemnisées les caisses alsaciennes, si le délai de carence était de 5 jours. Il suffit de soustraire du nombre total des journées indemnisées, le double du nombre de cas. Le nombre ainsi obtenu est légèrement trop faible ; mais on peut cependant le considérer comme sensiblement exact.

Nous voyons donc qu'il n'y a aucune difficulté, du fait du délai de carence, à utiliser les statistiques d'Alsace-Lorraine.

Le projet de loi français prévoit que l'assurance-maladie cesse le jour où l'assuré entre en jouissance d'une pension de retraite, c'est-à-dire à 60 ans en principe, quelquefois plus tôt, jamais après 65 ans.

Or, nous avons vu que le salarié, alsacien ou lorrain, jouit de l'assurance maladie, quelque soit son âge, tant qu'il n'est pas atteint d'une incapacité de travail grave et durable.

Les caisses d'Alsace-Lorraine ont donc de ce fait toute une clientèle très onéreuse que n'auront pas les caisses françaises. La moyenne annuelle des journées de maladie croit, en effet, très rapidement avec l'âge, quand on a dépassé 60 ans. D'après la table autrichienne, cette moyenne pour les hommes est de 15 jours à 60 ans, alors qu'elle est de 19 jours à 65 ans et de 24 jours à 70 ans. La différence des législations entraîne donc sur ce point des risques moins grands pour les caisses françaises que pour les caisses d'Alsace-Lorraine.

Nous allons maintenant examiner les résultats statistiques fournis par les caisses de cette région.

Sur une population totale de 1.700.000 âmes, il y a en Alsace-Lorraine 426.000 assurés, soit environ le quart de la population.

Les 257 caisses groupant ces assurés ont indemnisé, en 1920, 3.199.000 journées de maladie, ce qui donne une moyenne annuelle de 7,5 journées de maladie par assuré. Le nombre des cas de maladie ayant été pendant la même année de 188.000, le nombre de journées à indemniser n'aurait plus été que de 2.837.000, si le nombre des jours de carence avait été de 5 au lieu de 3. La moyenne annuelle de journées de maladie indemnisées serait alors tombée à 6,6.

Nous verrons plus loin que les prévisions du projet de loi évaluent cette moyenne à un chiffre nettement plus élevé.

Examinons maintenant les dépenses qu'ont entraînées les diverses prestations fournies aux 426.000 assurés pendant l'année 1920.

Les honoraires médicaux se sont élevés à 7.318.000 francs (soit 17 fr. par assuré) ; les dépenses en médicaments à 5.856.000 fr. (soit 14 fr. par assuré) ; les frais d'hospitalisations à 4.597.000 fr., (soit 10 fr. 50 par assuré) ; les prestations pécuniaires à 13.691.000 fr. (soit 30 fr. par assuré).

Les prestations en nature ont donc coûté, en 1920, 41 fr. 50 par assuré. Il est vrai que l'année 1920 n'a pas comporté de période où l'état sanitaire ait été particulièrement mauvais. Il n'en a pas été de même en 1922, année où une épidémie de grippe a sévi avec acuité entraînant de lourdes charges. Il n'a cependant été dépensé pendant cette année là que 69 fr. 80 par assuré pour la fourniture des prestations en nature. En admettant que les allocations pécuniaires aient augmenté par rapport à 1920 dans la même proportion que les dépenses pour soins, les caisses auraient dépensé, en 1922, 50 fr. par assuré en moyenne, et la dépense totale par assuré s'élèverait à 119 fr. 80 pour une année où l'état sanitaire a été particulièrement mauvais.

Reportons-nous maintenant aux prévisions actuarielles sur lesquelles a été basé le projet de loi ; la dépense moyenne annuelle par assuré a été évaluée à 103 fr. pour les prestations en nature et à 41 fr. pour les indemnités journalières de maladie, au total, 144 francs.

Le rapprochement de ces deux chiffres semble bien indiquer que les évaluations actuarielles du projet de loi ont été faites d'une façon prudente et très large.

Remarques générales sur les diverses tables de morbidité

L'examen des diverses tables de morbidité montre que la morbidité est fonction de l'âge. Le nombre des journées

de maladie varie, à chaque âge, suivant les tables ; mais les variations des tables sont parallèles.

Toutes les tables sont d'accord sur l'augmentation du risque maladie avec l'âge. C'est d'ailleurs une constatation banale que les personnes âgées sont plus souvent malades que les personnes jeunes.

La morbidité est aussi fonction du sexe. Les organes d'assurance maladie qui donnent les moyennes annuelles de journées de maladie des hommes et des femmes, donnent des chiffres voisins, mais différents. Ces chiffres ne nous paraissent d'ailleurs pas présenter grand intérêt pour la comparaison des morbidités masculine et féminine, étant donné qu'on ignore la répartition par âges des hommes et des femmes assurés.

D'après la table autrichienne, la morbidité féminine, accouchements non compris, est légèrement supérieure à la morbidité masculine aux âges jeunes, elle devient sensiblement égale vers les 50 ans, puis la morbidité masculine l'emporte sur la morbidité féminine. Ces différences de morbidité sont d'ailleurs assez faibles, beaucoup plus faibles que les différences constatées dans les moyennes annuelles des journées de maladie des personnes exerçant des professions diverses.

La morbidité est fonction de la profession. On peut le supposer logiquement avant tout examen de statistique parce que toute profession impose à celui qui l'exerce un genre de vie, qui peut, suivant les cas, être plus ou moins salubre, plus ou moins pénible ; et cela ne peut manquer d'avoir des répercussions sur la santé.

Cette supposition est d'ailleurs pleinement confirmée par l'examen des statistiques fournies par les caisses alle-

mandes d'assurance de métiers ou de fabriques. Les renseignements fournis par les caisses de métiers sont tout à fait sûrs parce que ces caisses n'assurent que des personnes exerçant la même profession.

Les statistiques des caisses de fabrique indiquent plutôt que la morbidité par profession, la morbidité spéciale aux divers établissements d'une même branche de la grande industrie. Ces caisses sont en effet instituées dans les usines occupant plus de 50 personnes soumises à l'assurance et elles assurent non seulement le personnel ouvrier adonné au travail industriel particulier à l'usine, mais aussi le personnel accessoire : garde-magasin, manœuvres emballeurs...

L'examen des statistiques fournies par ces caisses de métier ou de fabrique et basées sur l'observation de plusieurs milliers d'assurés pendant plusieurs années montre que les moyennes annuelles ne varient pas beaucoup suivant les années pour une même branche industrielle, mais subissent par contre des différences très importantes suivant les diverses industries ou métiers.

C'est ainsi que dans la construction des machines la moyenne annuelle du nombre des jours de maladie varie de 7,4 à 8,3 ; dans les usines à gaz de 8,8 à 9,4 dans les filatures de 4,5 à 5,3 ; dans l'horlogerie, de 3,3 à 4,3 ; dans la boulangerie de 3,2 à 3,6 ; dans la cordonnerie de 2,8 à 3,2.

En raison des nombres importants d'assurés de ces diverses caisses, il est permis de penser que dans chaque catégorie professionnelle, existait une répartition par âge des assurés conforme aux nombres indiqués par les tables de mortalité.

Les différences entre les moyennes annuelles de journées de maladie sont donc logiquement attribuables aux différences de profession.

C'est pour tenir compte de ces différences que la Société « Manchester Unity » classe ses adhérents en 4 groupes : Mines, Métallurgie et industries chimiques ; Transports : Agriculture et professions diverses.

A chacun de ces groupes est appliqué un coefficient spécial pour tenir compte de l'influence de la profession sur la morbidité. Ainsi, entre 30 et 34 ans, ces coefficients varient de 9,6 à 5 du 1^{er} au 4^e groupe.

Cette influence de la profession sur le risque maladie présente un grand intérêt pour le fonctionnement de l'assurance. Si les assurés sont en effet autorisés à se grouper par profession, les caisses des professions à faible morbidité auront des finances prospères alors que les caisses des professions à grande morbidité ne pourront arriver à faire face à leurs charges. Il y a là un danger, à moins que les premières caisses ne soient tenues d'aider financièrement celles de la seconde catégorie.

II — Statistiques d'invalidité

Les seules bases sérieuses, que l'on possède, en fait de statistiques d'invalidité sont celles qui résultent de l'expérience allemande, au dire des actuaires ayant étudié le projet de loi sur les assurances sociales. — Aussi, ont-ils utilisé pour les prévisions actuarielles de ce projet les tables d'invalidité de l'exposé des motifs du code allemand de 1911 sur les assurances sociales.

Les éléments statistiques nécessaires en matière d'invalidité sont de 3 sortes : probabilité de survenance de l'invalidité, probabilité de décès des invalides, probabilité de leur retour à la santé.

•

Le 1^{er} de ces éléments permet d'évaluer le nombre des assurés que frappera l'invalidité.

Les 2^e et 3^e permettront de prévoir suivant quelle loi disparaîtront ces invalides, soit par décès, soit par retour à la santé. Ce dernier cas est d'ailleurs très rare. D'après les statistiques allemandes 1 0/0 seulement des invalides recouvre la santé. Le nombre de ceux-ci sera sans doute encore plus faible en France puisque la loi française imposera un stage de 5 ans et 6 mois avant d'être déclaré invalide, alors que la législation allemande n'impose pas de stage à ce sujet.

Tables d'entrée dans l'invalidité

L'examen des tables d'entrée dans l'invalidité montre que le risque invalidité croît avec l'âge. Sa probabilité, qui n'est que de 0,0001 à 19 ans, est de 0,001 à 29 ans et de 0,01 à 51 ans.

Ce risque est également fonction de la profession. Dans l'agriculture aux âges jeunes, jusque vers 51 ans, le nombre d'invalides est plus faible que dans l'industrie (la moitié environ à 30 ans) : il devient ensuite plus élevé, passé 50 ans (256 agriculteurs invalides contre 184 ouvriers d'industrie vers 60 ans). Le commerce et l'industrie présentent à peu près les mêmes risques d'invalidité.

Les professions libérales ont le taux le plus faible aux âges jeunes ; puis ce taux s'élève rapidement pour dépasser celui de l'agriculture vers 60 ans. Notons enfin que le risque d'invalidité du fait de telle ou telle maladie varie suivant les sexes, ainsi la tuberculose cause 15 0/0 des cas d'invalidité pour les hommes, alors qu'elle n'en cause que 9,5 0/0 pour les femmes.

Tables de décès des invalides

La probabilité de décès d'un invalide est fonction d'abord de son âge, ensuite de l'âge qu'il avait lors de son entrée dans l'invalidité.

On constate que plus les invalides sont jeunes lors de leur entrée dans l'invalidité et plus faible est leur vitalité. Jusqu'à 40 ans, les probabilités d'extinction croissent jusqu'à un maximum situé au milieu de l'année, puis décroissent pendant un certain temps, avant de se remettre à croître conformément à la loi de la mortalité générale.

Après 40 ans, la probabilité d'extinction va en diminuant à mesure que la durée écoulée depuis l'entrée dans l'invalidité augmente.

Un assuré entrant dans l'invalidité à 20 ans a des probabilités de décès de 0,5 dans la 1^{re} année et de 0,061 dans la cinquième. — A 32 ans, ces probabilités sont de 0,4 et 0,07. — A 52 ans, de 0,21 à 0,72. Ces constatations anormales à première vue, s'expliquent logiquement. Les causes d'invalidité varient en effet suivant les âges ; aux âges jeunes, la tuberculose est la principale de ces causes (62 0/0 des cas entre 20 et 25 ans), toutes sont des causes graves.

Aux âges avancés au contraire, la plupart des causes d'invalidité ne présentent pas le même degré de gravité. Bien des maladies survenant à ces âges entraînent de sérieuses diminutions des forces qui suffisent à entraîner l'invalidité.

D'autre part, le début de l'invalidité est une période où l'organisme lutte contre le mal. Si il est assez robuste pour résister un certain temps, une accoutumance se produit et

les probabilités de mort décroissent pour suivre les lois habituelles de mortalité.

Les actuaires allemands estiment qu'au bout de 10 ans d'invalidité, la mortalité des invalides se confond pratiquement avec celle des valides.

L'expérience d'Alsace-Lorraine

Les évaluations actuarielles, sur lesquelles a été basé le projet de loi, estiment, en régime permanent, à 279.000 le nombre des invalides qui seront secourus. Ces évaluations ont été jugées par certains beaucoup trop faibles par comparaison avec les résultats obtenus en Alsace-Lorraine.

De 1911 à 1922, en effet, le nombre des rentes d'invalidité enregistrées par l'Institut d'invalidité de Strasbourg a oscillé entre 21 et 23.000 suivant les années. Le taux moyen d'invalidité a été pendant cette période de 5,79 0/0.

En appliquant ce taux, on trouve qu'il conviendrait de prévoir pour les 8 millions d'assurés français, 463.000 invalides. Chiffre qui diffère sensiblement de celui qui a été prévu.

Cette critique ne semble pas très fondée, car les invalides d'Alsace et de Lorraine comprennent certainement des assurés qui sont entrés dans l'invalidité après 60 ans. C'est d'ailleurs après 60 ans que se produisent les plus nombreux cas d'invalidité ; or, à ces âges les assurés français toucheront une pension de vieillesse et ne seront plus à la charge de l'assurance invalidité.

La vieillesse étant considérée en Alsace-Lorraine comme un cas d'invalidité, il ne semble pas possible de se baser sur

les résultats tirés de leur expérience puisque nous aurons en France deux assurances où, eux, n'en ont qu'une.

Il semble que les méthodes employées pour assurer les bases statistiques du projet de loi aient été les seules dont on pouvait se servir. L'expérience montrera si les lois de l'invalidité française diffèrent sensiblement de celles de l'invalidité allemande ; mais rien a priori ne permet d'en douter.

CHAPITRE IV

Le projet de loi sur les Assurances sociales

Nous venons de voir que la mutualité est impuissante à garantir contre les risques divers menaçant l'ouvrier, le petit employé, le paysan, l'immense majorité de ceux qui tirent tous leurs revenus de leur travail. Nous allons maintenant examiner les mesures que le législateur se propose d'appliquer pour remédier à cette impuissance. Le projet de loi sur les assurances sociales, voté par la Chambre en avril 1924 et maintenant à l'étude au Sénat, se propose d'assurer les risques maladie, maternité, décès, vieillesse, invalidité, charges de famille.

Unité de l'Assurance

Le législateur a groupé tous ces risques en une seule assurance. Les assurer chacun spécialement entraînerait une multiplicité fâcheuse de réglementations, d'organismes. Chaque branche d'assurance devrait arriver à équilibrer son budget. Il semble plus rationnel de s'attaquer à l'ensemble des risques à couvrir; de demander aux intéressés une seule prime qui servira à l'ensemble des charges. Le système des assurances spéciales à chaque risque a été pratiqué dans les pays précurseurs; et là, c'était presque obligatoire. Ils devaient agir avec prudence, par tâtonnements successifs et

il était sage de n'avancer que progressivement dans une voie encore mal connue. Telle fut la marche suivie par l'Empire allemand : en 1883 il organisait l'assurance maladie, en 1884 l'assurance accidents ; en 1889 l'assurance invalidité-vieillesse. Mais si cette marche progressive s'imposait en 1883, il n'en va plus de même aujourd'hui où il est reconnu que les nombreuses réglementations marquant les limites de chaque assurance ont nui au bon fonctionnement de l'ensemble. Notons au passage qu'il a été question en mars 1924 à la Chambre des Communes de grouper en un seul système les diverses branches d'assurances sociales. — « Nous devons saluer, déclarait à Metz en 1921 le président de l'Union des caisses d'assurance maladie d'Alsace et de Lorraine, tout spécialement le projet de notre gouvernement qui, après s'être décidé à introduire une assurance sociale très étendue, ne procédera pas par fraction comme cela a été fait en Allemagne, mais qui veut nous doter d'un ensemble auquel pourra facilement s'adapter ce qui existe déjà. Cela représente un très sensible progrès que les assurés et les employeurs n'aient plus affaire qu'à une seule assurance et qu'ils n'aient plus besoin de payer des cotisations diverses et de s'adresser à différents endroits pour le paiement des cotisations d'abord et pour toucher des prestations ensuite... Cela représente un progrès considérable que toutes les catégories d'assurance soient réunies en une seule. »

A opérer autrement, on serait arrivé à des résultats inadmissibles. Il ne paraît pas possible d'assurer le travailleur contre le risque de courte maladie, sans prévoir en même temps des mesures de protection si la maladie se prolonge. Serait-il logique qu'une caisse d'assurance accordât des soins médicaux et pharmaceutiques à un homme atteint de bron-

chite, s'efforcât par tous les moyens en son pouvoir d'assurer sa guérison, l'aidât pécuniairement pendant cette maladie et qu'automatiquement, au bout de tant de jours, la bronchite s'aggravant et dégénérant en tuberculose, elle cessât de s'intéresser à sa guérison ? De même, si le travailleur âgé de 55 ans, affaibli par un travail pénible reçoit en raison de son incapacité une pension jusqu'à la fin de ses jours, il est difficile d'admettre que son camarade qui aura atteint l'âge de 60 ans ne reçoive pas lui aussi une pension. Si l'ouvrière souffrante reçoit une allocation, à plus forte raison en cas de maternité a-t-elle droit à être secourue. Toutes ces branches d'assurance se tiennent entre elles et en mettre une en vigueur entraîne à les réaliser toutes. Cela présente d'ailleurs certains avantages.

Au point de vue financier l'expérience prouve que c'est la combinaison des 3 assurances maladie, invalidité, vieillesse qui permet de restreindre la clientèle de la misère physiologique ; s'entraînant les diverses assurances limitent considérablement leurs propres charges. D'autre part les risques se compensent d'autant mieux qu'ils sont plus divers et plus nombreux. A un accroissement d'indemnités de décès correspondra une diminution des pensions de retraite ou d'invalidité. Ces compensations augmentent la solidité des organismes d'assurance. Un autre avantage consistera en la simplicité des formalités qu'aura à remplir l'employeur. Il n'aura qu'une déclaration à faire, qu'une cotisation à verser. L'organisation prévue par la loi ne lui fera perdre que le minimum de temps.

Voyons maintenant quels avantages, vont être garantis par ces assurances.

Prestations diverses fournies aux assurés

En cas de maladie les assurés auront droit aux soins médicaux et pharmaceutiques, ainsi qu'à des secours pécuniaires. En cas d'invalidité supérieure à 60 0/0 ils toucheront une pension. A 60 ans ils auront droit à une pension de retraite. En cas de maternité, en plus des soins médicaux, l'assurée touchera certaines allocations, qui ont pour but de lui permettre de quitter son travail pendant sa grossesse. Le repos est indispensable à la femme en état de gestation ; c'est la condition de l'évolution normale de la grossesse. Il a été remarqué que pendant la 1^{re} année de la guerre dernière, les femmes ne travaillant pas, les avortements étaient rares et les enfants avaient à leur naissance un poids supérieur à la moyenne d'avant-guerre. Puis les femmes ont fourni dans les usines un travail intensif ; les résultats ont été désastreux : avortements, accouchements avant terme, baisse du poids moyen des enfants, fréquente débilité congénitale.

D'autres allocations sont prévues jusqu'au 12^e mois après l'accouchement, si l'enfant est nourri par sa mère. Ces allocations sont destinées à encourager l'allaitement au sein. Avec cet allaitement, la mortalité des enfants est en effet plus faible qu'avec l'allaitement artificiel. Il a été constaté à ce sujet dans un dispensaire de Lille qu'en 1913 la mortalité des enfants surveillés était de 8 0/0 alors que l'allaitement artificiel était donné à 60 0/0 d'entre eux. Pendant l'occupation allemande, faute de lait, 95 0/0 des enfants furent nourris au sein. En dépit des conditions lamentables où vivaient les Lillois, la mortalité tomba à 1,7 0/0 en 1917 et 0,80 0/0 en 1918.

Au décès de l'assuré, certaines indemnités sont versées à

ses ayant-droits, de façon à leur donner quelque répit pour leur nouvelle organisation d'existence troublée par la disparition de celui qui était leur soutien.

Enfin il a été prévu des allocations pour charges de famille. N'est-il pas juste que celui qui assume la responsabilité d'élever des enfants soit aidé par la collectivité qui profitera plus tard de son sacrifice ? Les enfants et le conjoint de l'assuré auront également droit aux soins médicaux et pharmaceutiques pendant les 6 premiers mois de maladie.

Il résulte évidemment de cette énumération des risques couverts que le chef de famille va coûter beaucoup plus cher à l'assurance qu'un célibataire. Le mot d'assurance appliqué à ce genre d'opération financière est d'ailleurs impropre. Il n'y a aucun rapport entre les opérations que prévoit le projet de loi et celles auxquelles se livrent les compagnies d'assurance. Celles-ci demandent à leurs clients des primes proportionnelles aux risques qu'ils leur font courir. Il n'en est pas de même ici. Les assurances sociales constituent en réalité une grande mutualité. Quels que soient les risques courus par chacun, ils sont couverts par un sacrifice égal. C'est la collectivité assurée qui garantit chacun de ses membres contre les éventualités qui peuvent le menacer. Célibataire ou père de famille, apprenti ou ouvrier parvenu au terme de son labeur, ouvrier ou employé, tous participent aux charges communes sans autre différenciation que celle qui résulte de la quotité de leurs salaires. On verse à l'assurance suivant ses ressources, on en reçoit suivant ses besoins. N'est-ce pas là le principe des sociétés de secours mutuels ? Comme le dit le docteur Grinda, c'est du mutualisme.

Forme mutualiste de l'Assurance

Par un autre côté encore le projet de loi s'apparente à la mutualité, la gestion des organismes d'assurance sera confiée aux intéressés. L'assurance sociale constitue bien un service public, mais elle est avant tout une institution de prévoyance, qui devra être active pour produire tout le bien dont elle est capable. C'est aux initiatives libres, qu'il convient de la confier. Imprégnée d'étatisme, elle serait vouée à un automatisme purement mécanique alors qu'elle ne peut se développer qu'en suscitant les énergies, les bonnes volontés. Faire des organismes d'assurance sociale des organismes d'état appliquant des méthodes administratives et bureaucratiques serait bannir de cette gestion tout espèce d'intérêt et d'émulation. Tout frein disparaîtrait contre les exagérations, les supercheries, les abus. La forme mutualiste permet d'espérer éviter ces inconvénients. Le contrôle intéressé des associés sera sérieux et leur intervention sera certainement beaucoup plus énergique que celle d'un fonctionnaire, qui, s'il est irresponsable, n'est pas toujours indépendant.

Les assurés se groupent librement et adhèrent aux caisses de leur choix. Sociétés de secours mutuels, syndicats patronaux et ouvriers, entreprises industrielles, commerciales, agricoles peuvent librement constituer des caisses d'assurance maladie maternité, si elles ont un effectif d'au moins 1.000 membres ; d'assurance vieillesse décès si elles en comprennent au moins 10.000. C'est là une précaution indispensable pour donner à l'assurance une base étendue, garantie d'un fonctionnement normal. Un autre danger menaçait ce fonctionnement. Certaines caisses d'assurance maladie auraient pu se montrer très difficiles pour l'admission

des membres, leur imposer une visite médicale à l'entrée de façon à n'assurer que de bons risques. Ces caisses auraient naturellement été florissantes. Elles auraient pu avantager sérieusement leurs adhérents, ce qui aurait attiré des demandes d'admission nombreuses. Elles auraient en quelque sorte organisé un trust des assurés jouissant d'une bonne santé au détriment des autres caisses qui auraient eu une trop grande proportion de mauvais risques. Pour éviter cela, le législateur impose aux caisses d'accepter sans visite médicale et quel que soit leur état de santé des assurés obligatoires qui ont leur résidence dans la circonscription territoriale de la caisse.

Voici un grand nombre d'organismes d'assurance répartis dans toute la France, n'assurant pas tous les risques, il est nécessaire de les fédérer en unions régionales ; celles-ci assureront le risque invalidité. Cette branche d'assurance, en raison de l'importance des charges qu'elle entraîne, exige le groupement d'un grand nombre d'assurés. Elle a besoin d'un domaine étendu pour atteindre la constance quant à la répartition des assurés par âge et quant à la réalisation du risque. La large admission de groupements divers pratiquant ce type d'assurance n'irait pas sans danger. L'Etat serait obligé d'exiger d'eux de grandes garanties, pour donner toute sécurité aux assurés. Aussi a-t-on réservé cette assurance aux unions régionales. Cette solution paraît heureuse. On aurait pu être tenté d'utiliser les groupements professionnels, mais ceux-ci pour grouper un nombre suffisant d'assurés auraient dû englober des régions très vastes, tout le territoire pour beaucoup de professions. Cela ne serait pas allé sans difficultés tant pour le recouvrement des cotisations que pour la surveillance des pensionnés.

Les bénéficiaires des Assurances sociales

Nous allons maintenant voir quels sont les bénéficiaires des dispositions du projet de loi : ce sont les travailleurs liés par contrat de travail et rémunérés par un salaire. Sont donc exclus de l'assurance les indigents oisifs et les vieillards qui ne relèvent que de l'assistance. Les salariés dont la rémunération atteint un chiffre élevé sont eux aussi exclus de l'assurance. Leurs revenus leur permettent de se garantir eux-mêmes contre les risques de l'existence ; ils n'ont pas besoin de l'aide de la collectivité. D'autres catégories importantes mais spéciales de salariés sont encore soustraites à la législation nouvelle : salariés de l'Etat, des départements, des communes, des grandes compagnies de chemins de fer, des mines, les inscrits maritimes ; ceux-ci jouissent déjà de régimes spéciaux de retraites ou d'assurance maladie qu'il serait imprudent de bouleverser ; certains de ces régimes comportent en effet des avantages supérieurs à ceux de la loi nouvelle ; d'autres, complexes, répondent exactement à des situations exceptionnelles. L'assimilation ne pourra se faire que par des lois spéciales, apportant les adaptations appropriées.

Le principe du maximum de salaire étant posé, restait à en arrêter le taux. On s'est basé pour cela sur la loi des retraites ouvrières et paysannes. On sait que le maximum de rétribution des assujettis a été successivement élevé de 3.000 à 5.000 fr. (1918) puis à 10.000 fr. (1922). C'est à ce chiffre que s'est arrêté le législateur. Néanmoins comme il est essentiellement équitable d'évaluer le salaire en fonction des charges de famille, ce maximum de salaire sera majoré de 2.000 fr. par enfant de moins de 16 ans à la charge de

l'assuré. Cette mesure présente un gros inconvénient. N'est-il pas à craindre que certains patrons ne préfèrent embaucher des célibataires non astreints, que des chefs de famille qui du fait de leurs charges familiales seront astreints ? Dans le second cas, en effet, le salaire subira une majoration de 5 0/0.

On peut se demander, à la lecture de l'art. 2 du projet qui déclare assuré obligatoire tout salarié dont la rémunération n'excède pas 10.000 francs, si l'on ne va pas assurer obligatoirement certaines personnes qui devraient logiquement être exclues de l'assurance. Les avantages de celle-ci doivent être réservés aux foyers modestes, non aux personnes aisées.

Et il faudrait pour cela associer à la notion de salaire celle du revenu. Aux termes de la loi, en effet, le salarié qui perçoit moins de 10.000 francs est assuré, mais il n'est pas question des revenus qu'il peut avoir en dehors de ceux qui proviennent de son travail.

C'est un cas fréquent en France, nombre de petits employés, d'ouvriers sérieux possèdent quelque immeuble, un petit capital. Voici donc des assurés obligatoires, qui ont une situation telle qu'ils pourraient parfaitement rester leurs propres assureurs; ils préféreraient peut-être consacrer une part de leur salaire à l'accroissement de leurs capitaux, plutôt que de verser 5 0/0 de leur salaire pour l'assurance.

D'autre part, il arrive fréquemment, qu'un industriel, un commerçant prenne ses enfants dans son entreprise ; il leur alloue habituellement un certain salaire, minime, parce que ses enfants continuent à habiter sous son toit et sont ainsi défrayés de toute dépense d'entretien. Les enfants de cet industriel, de ce commerçant vont-ils donc être obligatoirement assurés ? La situation de fortune de leurs parents,

sinon la leur propre, ne justifie nullement leur entrée dans l'assurance.

Un autre cas se présentera très souvent, celui du ménage où les deux conjoints travaillent. Ils seront obligatoirement assurés, même si le ménage gagne annuellement 20.000 fr. Si le ménage a des enfants, la majoration pour les enfants jouera-t-elle deux fois, une fois pour chacun des conjoints ? Le projet de loi est muet sur ce point. En l'admettant, un ménage avec 5 enfants serait donc assuré, si le père et la mère ne gagnent chacun pas plus de 20.000 fr. par an. On peut concevoir un ménage, gagnant une quarantaine de mille francs par an et, malgré cela, obligatoirement assuré.

Il ne semble pas que l'assurance doive englober ces personnes dont la situation est aisée, très aisée. D'autant plus que le corps médical verrait d'un mauvais œil disparaître de sa clientèle ces personnes aisées et il serait inopportun d'irriter le corps médical dont le concours est indispensable au fonctionnement de l'assurance.

A côté de ces assurés obligatoires, le projet de loi prévoit des assurés facultatifs.

On ne peut, en effet, exclure de l'assurance sociale les catégories de travailleurs qui bénéficient de l'assurance facultative dans la loi des retraites ouvrières et paysannes. Un certain nombre d'entre eux ont des droits acquis auxquels il serait inique de porter atteinte ; la plupart se recrute parmi la population de nos fermiers, artisans, petits patrons, qui constituent les soutiens les plus solides de notre société et qui apportent à l'activité économique les admirables ressources de leur labeur et de leur épargne. Beaucoup parmi eux ont des moyens d'existence inférieurs à ceux de nombreux salariés. Peut-on sans criante injustice leur interdire

l'entrée dans l'assurance ? Mais d'autre part, il est impossible de leur laisser l'entrée libre sans restriction. Cela serait une erreur sociale, l'assurance est faite pour aider ceux qui n'ont pas des ressources suffisantes pour se garantir eux-mêmes contre les risques de la vie, mais non pour ceux dont les ressources sont relativement élevées. Ce serait de plus une erreur financière, car n'adhèreraient à l'assurance que ceux qui en échange d'un sacrifice minime escompteraient de sérieux avantages ; ce serait l'afflux des mauvais risques. On a évalué à un milliard de francs environ le déficit qu'entraînerait l'entrée libre dans l'assurance. Ce déficit retomberait naturellement sur la collectivité assurée, ce qui reviendrait à faire aider les patrons par les salariés ; ce serait de la solidarité à rebours : ceux qui ont moins aidant ceux qui ont plus. En raison de ces difficultés, le projet de loi prévoit que certaines conditions seront mises à l'admission des assurés facultatifs. Il admet parmi ceux-ci les travailleurs indépendants, tous ceux qui sans être salariés vivent principalement du produit de leur travail : cultivateurs, artisans, travailleurs, intellectuels... Mais il faut que le revenu des facultatifs ne dépasse pas le taux maximum prévu pour les assujettis. La cotisation sera entièrement payée par l'assuré et enfin, pour éviter l'afflux des mauvais risques, les assurés doivent être âgés de moins de 30 ans à leur entrée dans l'assurance et n'être atteints d'aucune maladie chronique ou incurable, ni d'aucune invalidité susceptible d'augmenter leur morbidité. Une visite médicale permettra donc d'éliminer les trop mauvais risques. Enfin certaines règles restrictives permettront d'alléger les charges apportées à l'assurance par les facultatifs. C'est ainsi que les anciens assujettis qui s'affilient à l'assurance facultative sont présumés

gagner au moins autant que dans la période où ils étaient assujettis ; ceux qui entrent directement dans l'assurance facultative ne seront pas admis à cotiser pour un salaire annuel inférieur à 2.400 francs ; la cessation des versements pendant 12 mois consécutifs entraîne la radiation définitive de l'assurance.

Enfin, le projet de loi prévoit une troisième catégorie d'assurés : les femmes non salariées des assurés. Mais, dira-t-on, pourquoi assurer des femmes non salariées ? Elles ont déjà droit aux soins médicaux et aux médicaments du fait de l'assurance de leurs maris. L'allocation en argent a pour but de compenser le salaire que le malade ou l'invalidé n'a pu gagner ; on pourrait se demander pourquoi le législateur a prévu l'assurance de personnes qui ne gagnent aucun salaire. La raison en est simple ; dans les ménages d'ouvriers, d'employés, de cultivateurs, la femme a une tâche essentielle à remplir. Tout ce qui touche à l'entretien de la maison, à l'éducation des enfants, tout le travail domestique en un mot lui revient. Ces fonctions, pour n'être pas rémunérées, n'en constituent pas moins un travail économique de première importance, plus intense bien souvent qu'un travail salarié. Si la femme est malade, elle sera obligée de faire appel à des ménagères professionnelles ; cela lui occasionnera des frais. Il y a donc un intérêt à l'assurer. Les frais que sa maladie lui occasionne seront compensés par les allocations auxquelles elle aura droit. Enfin à l'âge de 60 ans, elles auront droit à une retraite.

Les classes d'assurés

Les diverses catégories d'assurés déterminées par les règles que nous venons de voir, appartiendront à des classes

sociales assez différentes. Un seul régime pour les soins médicaux et pharmaceutiques s'impose. Un employé largement rémunéré ou un manœuvre ne gagnant qu'un faible salaire ont besoin des mêmes soins quand ils sont atteints de la même maladie. Il n'en est pas de même des prestations en argent. Celles-ci sont destinées à compenser partiellement le salaire perdu du fait de l'incapacité de travail. Si on n'établissait qu'une classe d'assurés, ou bien les prestations seraient infimes pour les assurés touchant de gros salaires, ou bien elles seraient supérieures aux salaires touchés par les assurés les moins rémunérés. L'assurance exigerait dans ce cas des cotisations élevées que ces derniers ne pourraient peut-être pas payer et, autre inconvénient, un tel système constituerait un encouragement à la maladie pour certains assurés qui gagneraient plus en étant malades qu'en travaillant. Il résulte de ceci, qu'il est indispensable de prévoir la répartition des assurés en plusieurs classes. Le projet divise les assurés en 6 classes suivant le taux de leurs salaires. A chaque classe, correspondent des pensions et des indemnités spéciales.

La 1^{re} classe comprend les assurés dont le salaire annuel est inférieur à 1.200 fr. ; la 2^e ceux dont les salaires varient entre 1.200 et 2.400 fr. ; la 3^e entre 2.400 et 4.000 ; la 4^e entre 4.000 et 6.000 ; la 5^e entre 6.000 et 8.000 ; la 6^e ceux dont les salaires sont supérieurs à 8.000 fr.

Le groupement des assurés en classes présente un gros avantage, il suffit de savoir à quelle classe appartient un assuré pour savoir à quelles prestations il a droit ; cela simplifie le fonctionnement des assurances.

Le groupement des assurés en classe existe aussi en Allemagne, mais il y existe à la fois pour les cotisations et

pour les prestations. Tous les assurés d'une même classe ont droit aux mêmes prestations, mais payent les mêmes cotisations.

Il n'est pas de même dans le projet de loi sur les assurances sociales, qui, nous le verrons plus loin, prévoit que les cotisations des assurés seront les 10 0/0 de leurs salaires. Deux assurés de la 4^e classe, pourront donc verser à l'assurance dans l'année, l'un 400 fr. et l'autre 600 fr., soit 50 0/0 en plus, ils auront tout de même droit l'un et l'autre aux mêmes prestations.

Dans son rapport au Sénat, le Docteur Chauveau estime qu'il y a lieu de craindre que, pour ne pas payer le maximum de contribution dans sa classe, beaucoup d'assurés qui devraient payer ce maximum ne déclarent un salaire du chiffre le plus bas admissible dans leur classe.

Il faudrait pour que cette fraude puisse se produire que le patron et le salarié fussent de connivence. Cela, risque-t-il de se produire souvent ? Cela paraît peu probable. Les rapports entre patrons et salariés sont bien rarement assez confiants pour permettre cette connivence.

Enfin le projet de loi laisse en suspens une légère difficulté : dans quelles classes ranger les assurés ? Dans celles auxquelles ils ont appartenu l'année précédente ou dans celles auxquelles ils appartiendront durant l'année en cours ? En raison de la variabilité du salaire ouvrier, de nombreux salariés passent souvent d'une classe dans une autre. Faut-il attendre la fin de l'année pour les classer et leur donner en attendant les allocations correspondantes à leurs classes de l'année précédente ?

Il appartiendra au législateur de fixer ce point.

Effectifs des classes d'assurés

Voyons maintenant quel va être le nombre des participants à l'assurance et les effectifs probables dans chaque classe. D'après les répartitions de salaires fournies par les enquêtes françaises ou étrangères d'avant-guerre et en tenant compte de l'élévation des salaires depuis 1914, on a pu évaluer qu'en 1919, c'est-à-dire avant la grande hausse des salaires de 1920, il y avait 1.560.000 hommes et 2.140.000 femmes gagnant moins de 3.000 francs par an ; 2.630.000 hommes et 640.000 femmes gagnant plus de 3.000 francs et moins de 6.000 francs par an ; 460.000 hommes et 30.000 femmes gagnant plus de 6.000 fr. et moins de 9.000 fr. — Tels sont les résultats fournis par la statistique. Pour déduire de ces données la répartition dans les six classes, les actuaires chargés de ce travail, ont usé de la représentation graphique. Ils ont indiqué pour chaque salaire, le nombre des salariés gagnant au plus ce salaire. A 3.000 francs on voit qu'il correspond 1.560.000 hommes. A 6.000fr. 4.770.000 hommes. En admettant que les nombres des salariés gagnant de très faibles salaires, (moins de 1.000 fr. et de très gros salaires (aux environs de 9.000 fr.) sont très petits, il a été possible de dresser une courbe, permettant de chiffrer les nombres d'hommes et de femmes gagnant par an moins de 1.200 francs, 2.400 francs,... 10.000 francs. Il ressort de cet examen que la proportion respective des diverses classes (ensemble des deux sexes) est, en allant de la 1^{re} à la 6^e classe : 6 0/0, 27 0/0, 36 0/0, 24 0/0, 5 0/0, 2 0/0. Toutefois il y a lieu de retrancher des résultats ainsi obtenus les personnes ayant de 60 à 64 ans, qui sont comptées dans les effectifs dénombrés par la

Statistique Générale ; on arrive ainsi à 7.214.000 assurés obligatoires. Il convient de leur ajouter 360.000 salariés d'Alsace et de Lorraine et 230.000 ouvriers de nationalités belge, italienne et polonaise considérés comme devant bénéficier des avantages prévus pour les salariés français ; cela donne un total de 7.800.000 assurés. Etant donné toutefois le mouvement d'industrialisation, qui s'est produit depuis les évaluations portant sur des chiffres datant de 1919, il faut prévoir un effectif total de 8 millions d'assurés obligatoires. Les services de l'Actuariat ont admis que le nombre des assurés facultatifs serait de 200.000 pendant les 5 premières années d'application, puis s'élèverait par augmentations annuelles de 30.000 jusqu'à 1.400.000 la 45^e année et que le nombre de femmes non salariées d'assurés, cotisant à l'assurance spéciale serait de 340.000 sur les 1.300.000 femmes mariées non salariées. Il faut encore compter au nombre des bénéficiaires des assurances sociales les 2.700.000 enfants non salariés de moins de 16 ans des salariés assurés.

Taux des cotisations — Précompte

Quelles cotisations va-t-on demander à tous ces assurés ? Nous avons déjà dit que le projet de loi prévoyait une assurance sociale et non une assurance individuelle. Il est donc logique de ne fixer la cotisation qu'en se basant sur le salaire ; il a été prévu que l'assuré verserait 5 0/0 de son salaire, et que l'employeur verserait une somme égale.

L'employeur sera chargé du versement dû par son salarié ; il saura très facilement, par un simple changement de virgule, la somme qu'il doit verser à l'union régionale, il retiendra la moitié de cette somme sur le salaire dû à ses

employés. Le précompte est, en effet, le corollaire indispensable de l'obligation. C'est le système qui est appliqué depuis fort longtemps et sans aucune difficulté dans le fonctionnement des retraites des ouvriers mineurs, des cheminots, des fonctionnaires. Le salarié n'a qu'une formalité à accomplir : donner son numéro d'immatriculation à son employeur. Celui-ci adressera périodiquement à l'Union régionale le bordereau des salaires de ses employés.

Ce système paraît supérieur en raison de sa simplicité au système appliqué en Alsace et en Lorraine, où tous les assurés d'une même classe payent la même cotisation : la cotisation moyenne de la classe. Ce système se rapproche plus de l'assurance proprement dite que de la mutualité. Il demande en effet des cotisations fixes pour des prestations fixes. Il a l'inconvénient de demander dans chaque classe des cotisations proportionnellement d'autant plus fortes que le salaire est moins élevé et en outre d'entraîner des complications pour l'employeur qui doit déterminer pour chaque salarié la cotisation due en tenant compte de la durée de la période de travail et de la classe.

Le salaire sur lequel sera basée la retenue de 5 0/0 devra comprendre non seulement la rémunération fixe, mais encore les suppléments et avantages de toute nature résultant du contrat de travail et des usages normaux de la profession. C'est là la formule adoptée dans la législation du travail. Si les gratifications, étrennes, ou pourboires ont un caractère habituel, il est évident que l'employeur en tiendra compte dans la rémunération qu'il allouera à son employé. Il appartiendra aux offices régionaux d'évaluer ces avantages divers, qui ne sauraient être évalués dans un texte législatif, car ils varient avec les professions et avec les régions. L'em-

ployeur devra également verser 5 0/0 des salaires alloués à ses employés, qui, en raison de leur âge ou de leur nationalité, échappent à l'assurance. Cette règle se justifie d'elle-même. Etait-il admissible de donner à ces salariés une prime sur le marché du travail par rapport à leurs camarades plus jeunes ou français ? C'est ce qui se serait produit en l'absence de cette règle, puisque l'employeur en embauchant des ouvriers de cette catégorie réaliserait une économie de 5 0/0 sur ses dépenses de main-d'œuvre.

Organismes d'Assurances

Leur fonctionnement financier

L'application de la loi sur les assurances sociales va, nous l'avons vu entraîner l'assurance de plus de 10 millions de Français. Par quelle organisation va-t-il être possible de faire face aux nécessités d'une aussi vaste assurance ? Le projet de loi prévoit la division de la France en un certain nombre de régions (20 ou 25 au maximum). Dans chaque région, les divers organismes (sociétés de secours mutuels, syndicats patronaux ou ouvriers...) autorisés à créer des caisses d'assurance seront fédérés en une Union régionale. D'autre part, il sera créé dans chaque région une caisse autonome, chargée de l'assurance de ceux qui ne font partie d'aucune autre caisse d'assurance. La fédération de tous ces organismes autonomes permet de réunir les avantages de la liberté et ceux de la coordination nécessaire à la stabilité de tout système d'assurance.

Nous avons vu qu'un assuré pouvait dépendre de plusieurs organismes d'assurance, d'une société de secours mutuels, par exemple, pour la partie maladie-maternité et de la

caisse autonome pour la partie vieillesse-décès. La cotisation devra donc être partagée entre les caisses intéressées. Il serait difficile de laisser à l'employeur de cet assuré le soin d'envoyer à chacune de ces caisses la part qui lui revient. Pour éviter cette difficulté, c'est l'Union régionale qui sera chargée de l'encaissement et de la ventilation des primes entre les caisses intéressées.

Enfin au-dessus de toutes ces caisses spéciales destinées à couvrir des risques particuliers, le projet prévoit un organisme supérieur, la Caisse Générale de Garantie destinée à solidariser les caisses spéciales. Il est indispensable pour donner aux assurances sociales toute la solidité nécessaire qu'il existe un organisme chargé de la compensation des risques courus par les caisses. Les Allemands ayant méconnu cette règle dans leur loi de 1889, ont dû remanier cette dernière en 1899. La loi de 1889 prévoyait que le bureau de calcul répartissait la charge des pensions entre les diverses caisses ayant perçu des cotisations de manière que chacune contribue à cette charge au prorata des cotisations perçues. Le fonctionnement de l'assurance révéla bientôt le danger que présentait l'indépendance complète des caisses, les unes vis-à-vis des autres. Certaines avaient des excédents anormaux de recettes, alors que d'autres présentaient des déficits croissants. C'est pour parer à cet inconvénient que le législateur de 1899 a établi une solidarité effective entre les diverses caisses, au moyen d'une caisse commune alimentée par une fraction des cotisations encaissées par les caisses régionales.

Nous allons maintenant examiner la question de la répartition des cotisations. Une fraction minimum des cotisations allant de 2/10^e pour la 1^{re} classe d'assurance à 5/10^e pour la 6^{me}, est affectée pour chaque assuré à la constitution

d'une retraite de vieillesse, suivant les règles techniques habituelles à ce type d'opération financière, appliquées par la caisse nationale des retraites pour la vieillesse. Ces fractions de cotisation sont versées aux caisses d'assurances vieillesse-décès et capitalisées sur livrets individuels. L'autre partie de la cotisation est affectée aux fonds de répartition.

Encore que la maladie soit un risque croissant avec l'âge on peut appliquer à son assurance le système de la répartition, car le nombre d'assurés par âge restera constant, ou ne se modifiera que très lentement. On contractera ainsi un emprunt au profit des assurés ayant plus de 30 ans lors de la promulgation de la loi sur les assurés encore jeunes le jour où la loi sera abrogée. C'est le régime universellement adopté en cette matière : il est en vigueur dans nos sociétés de secours mutuels ainsi que dans les caisses d'assurance maladie alsaciennes. C'est un régime très simple ; M. Viviani le comparait à une tirelire qu'on emplit chaque année, puis qu'on casse afin d'en répartir le contenu aux mains des bénéficiaires. Mais nous avons déjà vu que ce régime appliqué aux pensions présente le grave inconvénient d'exiger des cotisations croissantes pendant un certain temps pour maintenir constant le taux des pensions. Cet inconvénient est évité par le système de la capitalisation. Les cotisations se capitalisent à intérêts composés de manière à former le jour où l'assuré atteint 60 ans un capital suffisant pour assurer le service de sa pension jusqu'à son décès. Ce système présente en outre un avantage qui n'est pas à négliger : il produit une accumulation de capitaux qui permet de construire des sanatoria, des préventoria, des maisons hygiéniques, ainsi que l'ont fait les pays étrangers sur lesquels nous sommes fort en retard à ce point de vue. Il faut

souhaiter que les caisses fassent largement des placements en valeurs réelles. Ainsi perdrait de sa valeur l'argument le plus sérieux invoqué contre la capitalisation : le risque de voir s'évanouir les capitaux accumulés par suite d'une dévalorisation de la monnaie. C'est ce qui s'est passé en Allemagne durant ces dernières années. Tous les fonds d'états, les prêts aux villes, et aux provinces faits avant guerre ont perdu toute valeur du fait de la chute du mark. Seuls les placements faits en immeubles n'ont pas perdu de leur valeur, de leur valeur-or bien entendu, puisque l'or est la seule valeur toujours comparable à elle-même, pendant un certain temps tout au moins. Sans faire comme l'Allemagne une faillite frauduleuse, un danger analogue nous menace. Nos fonds d'Etat ont considérablement baissé ces dernières années. Des caisses d'assurance-vieillesse qui auraient mis leurs fonds en de telles valeurs auraient donc perdu une partie de leur avoir et le jour où elles devraient payer des pensions, elles seraient bien obligées d'augmenter le taux des cotisations demandées à leurs assurés ; ce qui reviendrait à faire partiellement de la répartition. Quels que soient les dangers de la capitalisation à une époque où l'avenir ne semble pas paré de couleurs riantes, c'est à ce système que le projet de loi a donné sa préférence pour la constitution des pensions de retraite. La part des cotisations affectée à la capitalisation fixée comme il a été dit ci-dessus, étant d'autant plus petite que la cotisation est plus faible, les salariés les plus modestes n'auraient eu que des pensions infimes, ridicules par rapport à celles des salariés aisés, si l'on se bornait à appliquer les règles de la capitalisation individuelle. Les assurés de la 6^{me} classe versent, en effet, 25 fois plus que les assurés de la 1^{re} classe pour la constitution de

leur retraite. C'est par le jeu d'un système technique approprié que le projet garantit à l'assuré la différence existant entre la retraite obtenue par la capitalisation pure et simple et un minimum de pension déterminé. Ce minimum va de 500 fr. par an pour la 1^{re} classe à 3.000 fr. pour la 6^e. Ce dernier n'est donc que 6 fois plus grand que celui de la 1^{re} classe, bien que les premiers aient versé 25 fois plus que les seconds. Pour assurer ce minimum de pension, il est créé un fonds de garantie, qui est alimenté par des prélèvements sur la partie des cotisations affectée à la répartition. Les services de l'actuariat ont fixé ces prélèvements, qui vont de 5 fr. pour la 1^{re} classe à 40 fr. pour la 6^e. De plus 10 0/0 de ces sommes sont affectées au fonds de réserve de la Caisse Générale de Garantie, qui suppléera aux insuffisances des fonds de garantie des caisses d'assurance-vieillesse. Ce fonds de garantie versera, au moment de la liquidation de la pension, le capital nécessaire pour porter au minimum garanti cette pension.

Pour éviter que la capitalisation ne cesse de jouer pendant la maladie des assurés, l'article 44 du projet prévoit que la caisse d'assurance-maladie verse à la place de l'assuré, tant que celui-ci reçoit des prestations pour incapacité de travail supérieure à 60 0/0, la part de cotisation destinée à la capitalisation, ainsi que la somme à affecter au fonds de garantie.

Ce qui reste de la cotisation après que ces prélèvements ont été effectués est réparti entre les branches : maladie proprement dite (pendant les 6 premiers mois), invalidité (pendant les 5 années qui suivent les 6 premiers mois), maternité, décès. La ventilation entre ces diverses branches sera fixée chaque année par décret. Sur cette part des cotisations, l'U-

nion des caisses régionales prélèvera en outre un certain pourcentage, fixé tous les ans par décret, affecté à la caisse de compensation de la Caisse Générale de Garantie ; ainsi que 1 0/0 destiné au fonds de réserve de cette caisse. On voit que cette caisse est destinée à donner la solidité nécessaires aux assurances sociales; elle est l'armature du système. Le fonds de compensation prêtera de l'argent aux caisses en déficit, il fera de l'assurance dans l'espace, pourrait-on dire. Le fonds de réserve, lui, fera de l'assurance dans le temps, en venant au secours du fonds de compensation, durant les années qui accuseraient une natalité exceptionnelle ou qui supporteraient le poids d'une mortalité, ou d'une morbidité excessive (grippe espagnole, choléra...). Mais, dira-t-on, les caisses d'assurance ne risquent-elles pas d'être gérées légèrement, puisque leurs déficits seront comblés par le fonds de compensation ? Une telle éventualité ne paraît pas trop à craindre ; les avances faites aux caisses, devant être remboursées dans les 5 ans, ne constituent donc pas un bénéfice pour les caisses. De plus ces dernières sont, du fait qu'elles ont reçu des avances, tenues de rendre compte de leur gestion à leur prêteur : la Caisse Générale de Garantie, qui est autorisée à prendre toutes les mesures de contrôle qu'elle juge utiles envers les caisses en déficit ; les administrateurs des caisses peuvent même être rendus civilement responsables de leur mauvaise gestion. Mais il est probable que cette responsabilité restera toute morale. Bien plus que dans ces mesures au caractère répressif, on peut avoir confiance dans la règle qui fait profiter la caisse des excédents de recettes, pour espérer que les caisses s'efforceront d'avoir une gestion économique. L'article 101 du projet dispose en effet que les excédents des recettes sur les dépenses afféren-

tes aux branches maladie-maternité, invalidité, vieillesse, décès restent acquis aux caisses et versés à leurs fonds de réserve. Quand ceux-ci auront acquis une certaine importance variable suivant les branches d'assurance, les caisses pourront en disposer soit pour créer des œuvres d'hygiène sociale, soit pour abaisser le taux des cotisations. Il est très vraisemblable que cette règle incitera les caisses à une gestion prudente et économique.

Aux fonctions de la Caisse Générale de Garantie vues précédemment, il faut encore ajouter celle d'intermédiaire entre le budget de l'Etat et celui des assurances sociales, au moyen d'un fonds spécial invalidité-vieillesse. Nous verrons, en effet que l'Etat contribue à la constitution de certaines pensions. C'est au fonds spécial qu'il versera les subventions; et c'est ce fonds qui en assurera la répartition aux bénéficiaires.

En résumé, nous voyons que les diverses caisses, sociétés de secours mutuels, syndicats patronaux ou ouvriers, etc... assureront toutes les branches, sauf l'invalidité, qui sera réservée aux caisses des Unions régionales. Ces caisses devront se constituer des réserves. Au-dessus de ces réserves locales, existera la Caisse Générale de Garantie formée par un triple réservoir où s'accumuleront des réserves destinées à assurer la régularité du fonctionnement de tout le système.

Gestion des organismes d'Assurances

Qui va-t-on charger de la gestion de ces caisses ? Le projet de loi donne la gérance de ces caisses à ceux qui y ont des intérêts. Il n'est pas douteux que ce système soit supé-

rieur à la gestion de fonctionnaires désintéressés et souvent peu indépendants. Les caisses d'assurance seront gérées par des conseils d'administration, dont la moitié des membres au minimum seront des assurés. Ils seront désignés conformément aux statuts des caisses. La caisse autonome régionale sera administrée par un conseil de 24 membres : 12 d'entre eux seront élus par les assurés, 8 par les employeurs, les 4 autres seront choisis par l'Office National des Assurances Sociales, moitié parmi les membres des diverses commissions administratives d'hygiène sociale et moitié parmi le haut personnel d'établissement de crédit. Il y a, en effet, un intérêt évident, quelle que soit la compétence des administrateurs ouvriers et patrons, à leur adjoindre des techniciens susceptibles de leur apporter, dans les cas de gestion délicate, les conseils de leur expérience. Ce conseil d'administration ainsi formé établira son règlement d'administration intérieure. Le projet de loi se borne à indiquer sommairement les points principaux sur lesquels doit porter ce règlement ; il laisse ainsi aux caisses la plus grande liberté pour régler à leur guise leur fonctionnement administratif.

Les caisses d'assurance invalidité seront gérées par un conseil comprenant 24 membres ; 12 représentants des assurés, 6 représentants des employeurs, 6 représentants des intérêts généraux ; ces derniers seront choisis par l'Office National, les autres seront élus par les conseils des caisses régionales, au prorata de leurs nombres d'assurés. Les caisses qui n'atteindraient pas le quorum nécessaire à cet effet pourront se grouper pour désigner un représentant.

La Caisse Générale de Garantie aura également à sa tête un conseil d'administration formé par 9 représentants des caisses régionales (caisses autonomes, patronales, syn-

dicales...) 2 représentants élus l'un par l'Union des caisses, l'autre par la fédération agricole de chaque région, 9 représentants des intérêts généraux choisis par l'Office National. La représentation proportionnelle des intérêts est la règle appliquée pour la désignation des administrateurs de toutes les caisses.

A côté de ces divers organismes d'exécution, le législateur a prévu la création d'organismes chargés, à la fois, du contrôle et de l'examen des questions importantes touchant au fonctionnement de la loi. Un système financier dont les recettes s'élèveront à plus de 3 milliards ne peut se passer d'un contrôle vigilant. Tous les ans un budget et un inventaire seront soumis au Parlement par l'Office National. Cet établissement sera présidé par le ministre du travail et dirigé par un conseil d'administration, qui aura pour mission de déterminer et de faire exécuter les règles générales relatives au fonctionnement des Assurances Sociales. Il sera représenté devant le pouvoir législatif par son président et aura un directeur général comme agent d'exécution. Des agents de contrôle exerceront une surveillance permanente sur l'ensemble des services. Ce conseil ne comprendra qu'un petit nombre de membres ; l'expérience montre que ce sont les conseils les moins nombreux qui travaillent le mieux. Des magistrats et de hauts fonctionnaires seront désignés pour représenter l'intérêt général. Les caisses, les unions régionales, les offices régionaux seront représentés par un certain nombre de membres élus ; enfin les intérêts professionnels des médecins, sages-femmes et pharmaciens auront aussi un représentant.

Subordonné à l'Office National, il sera créé dans chaque région un Office régional, chargé d'une double mission :

assurer et contrôler l'application de la loi dans sa région et, d'autre part, faire connaître aux intéressés le but et la portée de la nouvelle législation. Cette mission paraît indispensable ; une loi sociale ne peut atteindre son but que par l'adhésion morale des intéressés ; elle a besoin de la bonne volonté générale. Il est nécessaire qu'une propagande habile soit faite dans les milieux intéressés pour leur faire connaître et apprécier tous les avantages de la loi. Ces offices régionaux seront administrés par les conseils composés seulement de 8 membres : 4 élus par moitié par les employeurs et les employés, 2 nommés par le ministre du Travail, 2 respectivement nommés par les ministres de l'Hygiène et des Finances. Ces offices régionaux auront un directeur, comme agent d'exécution ; celui-ci sera choisi par l'Office National sur une liste de 3 membres présentés par l'office régional.

Les Assurances sociales dans les professions agricoles

Nous allons terminer ce rapide examen de l'ensemble du projet, par l'étude des dispositions spéciales aux professions agricoles. Ces dispositions spéciales seront l'œuvre de la commission de la Chambre des Députés. Le projet de loi du gouvernement ne faisait aucune distinction entre la nature des occupations des assurés. Il importe évidemment de ne pas traiter de façon inégale les diverses branches de l'activité économique du pays et la sollicitude du législateur doit s'étendre à tous les travailleurs. Mais elle ne doit pas toujours s'y étendre de la même façon. Il faut tenir compte des profondes différences qui existent entre la vie du paysan et

celle du citadin, entre les organisations de leurs labeurs, entre leurs besoins. Les risques courus, l'utilisation de capacités de travail restreintes sont essentiellement différents à la ville et à la campagne. Le législateur doit adapter ses réglementations aux conditions que la réalité lui impose.

Il a été même question de commencer par n'appliquer la loi sur les assurances sociales qu'aux salariés du commerce et de l'industrie ainsi qu'il a été fait pour la loi sur les accidents du travail, étendue à l'agriculture, depuis quelques années seulement. A juste titre cette procédure a paru inopportune à la commission. La loi sur les assurances sociales est une loi d'intérêt national, tendant à l'amélioration de la santé publique, à la protection de la race. Il convient de l'appliquer à toute la classe laborieuse. Etait-il d'ailleurs possible de faire payer par les agriculteurs contribuables des avantages réservés aux autres classes de salariés, et dont ils auraient été exclus ? Ce n'est pas au moment où les campagnes se dépeuplent, qu'il convient de doter les villes d'avantages qu'on n'étendrait pas simultanément aux campagnes. Mais si avantages et sacrifices doivent être égaux pour tous, paysans ou citadins, les conditions d'application de la loi peuvent être diverses. La nécessité d'une pension de retraite est plus grande pour l'ouvrier des villes que pour l'agriculteur. Même vieux, ce dernier est capable de rendre des services qui valent largement son entretien et sa nourriture. Il sera plus à l'aise que le citadin avec une retraite plus faible.

L'agriculteur est très souvent payé partiellement en nature, alors que le citadin est presque toujours payé en argent.

Alors que l'industriel et le commerçant ont l'habitude de la tenue de comptabilité et qu'il est facile de leur deman-

der de se plier à quelques formalités, l'agriculteur, le fermier ne sont pas habitués à tenir des comptabilités bien détaillées ; ils sont rebelles aux réglementations. Toutes ces différences ont conduit le législateur à consacrer le titre IV du projet aux dispositions spéciales aux professions agricoles.

Il est prévu dans ce titre IV que les salaires agricoles seront évalués forfaitairement par les caisses locales ; ce forfait aboutira à une évaluation moyenne qui permettra d'ignorer les conditions exactes où tel ouvrier a été embauché ; cette mesure paraît fort judicieuse, car le paysan français n'aime pas mettre autrui au courant de ses affaires, et exiger de lui une déclaration ne serait certainement pas allé sans difficulté.

Des caisses spéciales aux agriculteurs seront groupées en une fédération régionale agricole. L'existence de cette organisation spéciale va permettre une ventilation des cotisations différente de celle que nous avons précédemment indiquée. Il est logique que les cotisations qui leur sont demandées s'ajustent exactement à leurs risques. Il se peut qu'il faille affecter une fraction plus forte à l'assurance maladie en raison des frais qu'occasionneront les déplacements, plus grands qu'à la ville, des médecins. De même, les lois d'entrée dans l'invalidité seront sans doute différentes pour l'ouvrier et pour le paysan. La loi de la mortalité n'est pas la même à la ville qu'à la campagne.

L'assurance sociale agricole permettra de tenir compte de toutes ces différences.

Va-t-on être obligé de créer de toute pièce ces caisses agricoles ? Cela sera inutile, car il existe un grand nombre de sociétés de secours mutuels et d'assurances mutuelles agricoles, groupant plus d'un million d'agriculteurs. Ces

organismes pourront facilement s'organiser pour l'application de la loi sur les assurances sociales. Sous réserve d'une simple déclaration, ils pourront être admis au recouvrement des cotisations et au service local des prestations. Toutes ces caisses devant être fédérées en unions régionales agricoles, on arrivera à avoir deux organisations symétriques, l'une pour le commerce et l'industrie, l'autre pour l'agriculture. Le docteur Grinda regrette que cette double organisation rompe l'unité du projet gouvernemental. Cet inconvénient paraît bien mince, quand on songe qu'il contribuera certainement à entraîner l'adhésion aux assurances sociales de la classe paysanne.

Le bénéfice de ces assurances sera ainsi commun à tous les travailleurs de France et il faut espérer qu'ils apporteront tous leur concours pour la mise en œuvre de la nouvelle loi.

CHAPITRE V

L'Assurance-Maladie

Nécessité des allocations pécuniaires et des soins en nature

Le malade peut être considéré à un double point de vue : on peut voir en lui, d'une part, un être qui souffre et, d'autre part, un chômeur. Le danger qui menace la famille ouvrière est moins la maladie elle-même que le chômage forcé, qui en est la conséquence. Après quelques jours sans travail, les économies sont bien vite dépensées ; le malade et sa famille sont réduits au dénuement. Considéré à ce point de vue, le risque maladie se ramène au risque chômage, ayant une cause déterminée : la maladie. Il suffit alors de compenser la perte du salaire par l'allocation d'une indemnité pécuniaire. Si on considère maintenant dans le malade l'être qui souffre, on est amené à assigner à l'assurance une mission plus élevée, une mission réparatrice : la charge de soigner le malade. Le but que se propose l'assurance sociale n'est pas seulement de soigner le salarié malade, mais encore de protéger la collectivité tout entière contre certains risques qui la menacent. Soigner un malade, c'est rendre service à tout le monde et ceci justifie les charges que la loi nouvelle va imposer à la collectivité. L'assurance devra allouer au malade une indemnité, qui assurant l'existence des siens sera

un facteur moral propre à hâter la guérison. Va-t-on se contenter d'allouer une indemnité, en laissant au malade le soin de se soigner à sa guise, de payer lui-même le médecin et le pharmacien ? Les défenseurs de ce système prétendent qu'il présente un avantage moral ; il élève le travailleur en lui donnant la conscience exacte de sa responsabilité ; il lui laisse le soin de répartir suivant ses besoins le montant de l'indemnité entre les diverses dépenses nécessaires, de recourir plus ou moins souvent au médecin. Il semble, quoi qu'on en ait pu dire, que cette liberté ne va pas sans grands inconvénients. Il est à craindre que certains assurés ne fassent un mauvais usage de l'indemnité et n'encouragent fâcheusement le commerce cabaretier, à l'heure même où l'alcool leur serait le plus contre-indiqué. Ces cas seront peut-être assez rares, mais à côté de ceux-ci, combien de cas où le malade hésitera par économie à recourir au médecin aussi souvent qu'il le faudrait, ou à dépenser les sommes importantes nécessitées par des soins coûteux ou des médicaments onéreux ! Les Assurances sociales s'adressent à des milieux populaires, où le départ de l'indemnité entre les diverses dépenses nécessaires risque de n'être pas fait de façon convenable. La guérison sera souvent retardée de ce fait ; peut-être même définitivement compromise. Ce fâcheux résultat pourra même se produire, si l'assuré ne consacre que le minimum à son entretien et à celui des siens. L'indemnité ne sera, en effet, jamais très élevée : elle sera souvent insuffisante pour permettre de soigner convenablement une maladie, qui exige des soins onéreux. Certaines affections nécessitent des examens, des traitements compliqués, que seuls certains spécialistes sont capables de donner. Certains malades se trouveraient ainsi dans l'impossibilité de se soigner

convenablement, alors que d'autres percevraient des indemnités très largement suffisantes eu égard à leurs maladies. L'assurance ne donnerait donc pas à chacun suivant ses besoins, ce qui est l'idéal en matière d'assurances sociales.

Les considérations précédentes montrent l'insuffisance de l'indemnité pécuniaire, il faut y joindre les prestations en nature. Il ne faut pas que le malade se soigne à sa guise, il faut que des personnes compétentes le soignent. Quelles que soient les complications qu'entraîne cette double indemnisation, elle est indispensable. Le système de la seule allocation pécuniaire est évidemment beaucoup plus simple pour la caisse d'assurance que celui des prestations en argent et en nature. Ce dernier exige en effet des ententes avec médecins, sages-femmes et pharmaciens, qui ne vont point sans difficultés. Le système des prestations en nature existe dans tous les pays dotés de l'assurance maladie; cette unanimité montre bien l'absolue nécessité de ce mode de compensation. Celui-ci ne se borne pas à préserver l'assuré de la misère, il vise l'intérêt social en se préoccupant d'améliorer l'état sanitaire général, ce qui est l'un des buts de l'assurance sociale.

Le projet de loi a admis la nécessité des allocations en nature et en espèce. Les prestations en nature seront uniformes pour tous les assurés : la maladie d'un assuré de la 1^{re} classe, n'est pas guérie à moins de frais que celle d'un assuré aisé, de la 6^e classe. Leurs santés sont également précieuses pour la collectivité ; si elles viennent à s'altérer, il faut leur fournir au plus vite les moyens de les rétablir, sans différences entre les traitements médicaux des riches et des pauvres ; ils ont un droit égal aux bienfaits de la médecine. Il n'en va pas de même pour les prestations en argent ; celles-ci ont pour but de compenser le défaut de

salaire, de permettre au malade de faire face aux dépenses d'entretien courant. Ces allocations doivent donc être variables comme les salaires des assurés. La multiplicité des classes permet de résoudre facilement la question des allocations variables. A chaque classe correspond un taux d'allocation. Le nombre des classes prévu au projet est suffisant pour que l'allocation prévue dans chaque classe soit suffisante, d'une part, pour compenser une grosse partie du salaire perdu pour les plus gros salaires de la classe, et, d'autre part, pour que l'allocation ne soit ni supérieure, ni sensiblement égale au plus faible salaire de la classe.

Nous avons déjà vu que le projet de loi distinguait deux périodes dans la maladie ; la première comprenant les 6 premiers mois, la seconde les 5 années suivantes. Au bout de ces deux périodes, le malade est considéré comme invalide. A ces deux périodes correspondent des besoins différents. Pendant la première, l'état d'incapacité de travail peut disparaître très rapidement, l'allocation sera donc journalière de façon à pouvoir être supprimée d'un jour à l'autre ; pendant la seconde, au contraire, la maladie a pris un caractère de chronicité, qui ne justifie plus une allocation quotidienne, de journalière l'allocation devient donc mensuelle. Sa quotité diminue en même temps. Au moment où l'assuré est atteint par la maladie, il y a forcément une période de désordre dans son existence, pendant laquelle il convient de l'aider davantage que lorsque la maladie est devenue chronique et que le malade a eu le temps d'organiser son nouveau genre d'existence. Les allocations quotidiennes prévues varient de 1 fr. 75 pour la 1^{re} classe à 12 fr. pour la 6^e ; les allocations mensuelles varient de 45 à 250 francs.

Ces allocations, tant en nature qu'en espèce, seront al-

louées par les caisses locales. Le secours de maladie doit en effet être prompt, l'assuré en aura besoin d'un jour à l'autre: il doit aussi être surveillé, nécessaire aujourd'hui, il ne le sera peut-être plus demain et le défaut de surveillance amènerait souvent la perception d'allocations indues. Seuls des organes locaux sont capables de cette surveillance, nécessaire à une gestion économique. Ce sera le rôle des sociétés de secours mutuels, des syndicats ouvriers et patronaux, des caisses d'entreprise.

Les dirigeants de ces caisses devront bien entendu travailler en accord et en relation fréquente avec les médecins soignant les assurés appartenant à leurs caisses.

Les assurés auront droit aux soins médicaux et aux produits pharmaceutiques dès qu'ils seront malades : il importe, pour prévenir autant que possible la maladie grave, que toute indisposition même bénigne soit soignée dès le début.

Va-t-il en être de même pour les prestations pécuniaires ?

Délai de carence

Nous avons déjà dit qu'il n'y avait pas intérêt à indemniser les premières journées de maladie.

Au point de vue assurance proprement dite, le risque maladie de très courte durée est très grand. Presque tout le monde cesse son travail deux, trois... jours par an pour soigner à domicile quelque grippe légère ou quelque gros rhume. Ce risque est trop grand pour être couvert par l'assurance.

Au point de vue pratique, il eût été dangereux d'assurer les premiers jours de maladie.

Un délai de carence pour l'allocation des indemnités pécuniaires est une garantie contre l'abus des maladies légères. Le salarié qui cède au désir de se reposer quelques jours, sans être malade, s'il sait qu'il sera indemnisé pour son manque à gagner, cédera beaucoup moins facilement si il ne doit toucher aucune indemnité pendant ses premiers jours de maladie. Et ceci, d'autant plus que si il est facile d'imaginer des malaises mal définis, des symptômes vagues pour obtenir quelques jours de repos du médecin, il deviendra beaucoup plus difficile à la seconde visite, de continuer à jouer le rôle de malade. Le pseudo-malade ne pourra donc s'offrir qu'un repos assez bref, qui sera presque entièrement à ses frais, si on n'indemnise pas les premières journées de chômage. Il est à supposer que ce défaut d'indemnisation empêchera bien des assurés de laisser aller à s'octroyer quelques jours de repos. Cette période de carence est une garantie précieuse pour les caisses contre le trop grand esprit d'ingéniosité des assurés.

Le projet de loi prévoit que ce délai de carence sera de 3 jours. Cette disposition a soulevé les critiques de la commission sénatoriale chargée de l'examen du projet de loi. Après avoir pensé à porter ce délai à 8 jours, elle propose de le fixer à 5 jours en raison de l'hostilité qu'aurait rencontré dans les milieux intéressés la fixation à 8 jours du délai de carence.

Il paraît désirable que le législateur fixe un délai de carence suffisamment long pour décourager les simulateurs et supprimer ainsi le danger qu'un trop grand nombre de ces derniers ferait courir au fonctionnement financier des caisses.

Libre choix du médecin

Fidèle à ses directives libérales, le projet de loi s'est efforcé de laisser la plus grande liberté aux caisses pour l'organisation de l'assurance.

Une réglementation uniforme ne sera d'ailleurs pas possible ; il faut tenir compte des conditions dans lesquelles s'exerce la médecine suivant les milieux, et suivant les régions. La médecine sociale est déjà fort développée dans certains départements ; dans d'autres, elle est encore inexistante.

A chaque cas, conviendra une organisation particulière.

Le législateur a cependant estimé que certaines règles générales devaient être appliquées dans toutes les caisses. La première de ces règles, au nombre de 3, est celle qui prévoit la liberté du choix du médecin par l'assuré. Les caisses ne pourront pas donner à un ou plusieurs médecins le monopole des soins à donner à leurs assurés.

En faveur d'un tel système, on peut invoquer sa simplicité ; la caisse n'est en rapport qu'avec un petit nombre de médecins. Ceux-ci, salariés des caisses et révocables par elles seront incités à servir les intérêts de ces organismes d'assurance.

Ils pourront lutter avec énergie et sans faiblesse contre les tentatives de fraude ; leur monopole leur assure une indépendance complète vis-à-vis des malades.

Mais à côté de ces avantages indéniables, que d'inconvénients présente ce système de monopole ! Le malade a toujours le désir d'être soigné par son médecin ou par un médecin qu'il connaît ; le praticien imposé par la caisse lui

apparaîtra toujours comme le mandataire des intérêts de la caisse.

Le malade risque de perdre confiance dans ce médecin imposé, et la confiance du malade est un auxiliaire précieux pour celui qui soigne ; elle a une action puissante et joue parfois un rôle très important dans l'évolution de la maladie. Le médecin doit l'inspirer sans réserve ; s'il n'apporte pas toujours la guérison, c'est lui qui apporte au malade l'espérance et le réconfort moral. Un médecin imposé jouera-t-il ce rôle ? Cela paraît bien douteux.

Le libre choix du médecin est une garantie pour les assurés ; il permet au médecin d'échapper à l'emprise de la caisse, emprise qui risquerait d'être très fâcheuse pour l'assuré.

Les administrateurs des caisses pourraient reprocher aux docteurs un nombre trop grand de malades, ne pas vouloir que l'on fournisse aux malades tel ou tel médicament trop onéreux, s'ingérer de façon tout à fait inopportune dans les soins à donner aux malades.

Il faut que le médecin puisse soigner ses malades, comme il estime devoir le faire sans avoir à craindre d'encourir les reproches d'administrateurs médicalement incompetents. Ce sera souvent l'avantage de la caisse : un malade soigné sans entrave par le médecin de son choix est dans les meilleures conditions pour guérir rapidement.

Le docteur Peyser disait à la Conférence des Assurances Sociales de La Haye : « Le libre choix n'est pas seulement nécessaire à la sauvegarde des intérêts des médecins, mais encore à ceux des caisses et des assurés, les soins médicaux n'étant donnés avec zèle et reçus avec fruits que si une confiance réciproque unit le malade au médecin ».

Cette liberté du choix du médecin ne va cependant pas sans inconvénients. Le médecin, avons-nous dit, est indépendant de la caisse, mais il n'est pas indépendant de sa clientèle. Pour la garder ne sera-t-il pas amené aux certificats de complaisance, à laisser des maladies se prolonger indûment ? S'il se refuse à se laisser entraîner à de tels actes, sa clientèle ne va-t-elle pas l'abandonner pour s'adresser à quelque autre médecin doué d'une conscience plus large ? C'est à craindre et cela ne sera pas fait pour encourager au bien et à l'intégrité les médecins qui n'auront pas une force d'âme exceptionnelle.

Nous examinerons plus loin les mesures de contrôle prévues pour éviter ces abus.

Contrats entre caisses et médecins

Le projet de loi prévoit, et c'est là la 2^e règle qu'il impose, que des contrats collectifs seront passés entre les caisses et les groupements de médecins. Ces contrats seront librement débattus.

Il est probable que des contrats types deviendront rapidement usuels, mais ils ne seront jamais obligatoires. Ils devront être soumis à des commissions régionales composées par tiers de représentants de l'Office, des caisses, et des groupements professionnels intéressés.

Un certain contrôle sur ces contrats sera, en effet, nécessaire, au moins dans les débuts. Des erreurs ou des oublis pourraient s'y glisser ; des honoraires médicaux trop élevés risqueraient de ruiner les caisses, trop faibles ils iraient à l'encontre des intérêts des assurés.

L'existence dans toutes les régions de groupements

médicaux, comprenant la grande majorité des médecins facilitera probablement la généralisation des contrats collectifs.

Les médecins n'appartenant à aucun groupement professionnel pourront participer au service des assurances, sous réserve d'adhérer aux contrats passés par les caisses.

Le contrat collectif présente un gros avantage au point de vue de l'observation des clauses qui y sont insérées, car à la responsabilité personnelle du médecin se superpose celle du groupement professionnel.

Ces groupements seront amenés par suite à contrôler le service des assurances, et ceci y apportera une utile unité dans l'organisation si complexe du service médical.

Nous avons supposé jusqu'ici que tout se passait comme l'a prévu le législateur c'est-à-dire qu'un contrat a pu être passé entre caisses et groupements de médecins. Mais s'il il y a conflit entre eux, s'ils n'arrivent pas à s'entendre sur la question des honoraires par exemple, que se passera-t-il ? La loi n'envisage pas ce cas, et pourtant, il pourra très bien se produire.

Il n'est pas douteux que le corps médical n'est pas très enthousiaste pour la création en France de l'assurance-maladie. Pour peu que les dirigeants des caisses manquent de doigté, il est vraisemblable que des conflits éclateront entre caisses et médecins. Si ces derniers sont unis et se refusent à contracter, le fonctionnement des assurances sociales sera-t-il arrêté du fait de la volonté d'un groupement médical ? Il y a là, une éventualité qui ne semble pas avoir attiré l'attention du législateur.

Le docteur Batier, vice-président du Syndicat des médecins de Strasbourg, a suggéré, dans un article paru dans

la Revue Politique et Parlementaire, une solution à ce conflit entre caisse et médecin : remplacement des soins en nature par une indemnité pécuniaire.

Nous avons examiné plus haut les inconvénients que présenterait une telle mesure, mais si la suggestion du D^r Batier était admise, il est probable que cette mesure s'étendrait à toute la France. Le corps médical verrait, en refusant de passer tout contrat avec les caisses, le moyen d'échapper à toute tarification d'honoraire par les caisses et de garder vis-à-vis de sa clientèle sa liberté actuelle.

Si la solution proposée par le D^r Batier paraît grosse de dangers, c'est tout de même une solution possible au conflit éventuel entre caisses et médecins, pour lequel le législateur n'a encore rien prévu.

Il y a là une lacune qu'il lui appartient de combler avant de mettre en vigueur la loi sur les assurances sociales.

Ticket modérateur

Le projet de loi fixe enfin une 3^e règle en ce qui concerne le fonctionnement du service médical, il impose aux caisses l'emploi des tickets modérateurs. Affranchi de tout sacrifice pécuniaire personnel, l'assuré pourrait réclamer sans nécessité l'assistance du médecin tant de jour que de nuit.

Le système du ticket modérateur permet de mettre un frein à ces abus ; à chaque visite du médecin, l'assuré malade remet au médecin un ticket. Ce ticket qu'il a acheté à la caisse, représente à la fois sa participation à l'honoraire de la visite en même temps qu'une sorte de constatation du service rendu,

L'assuré est ainsi, pour une petite fraction, son propre assureur ; il est directement intéressé à réduire le plus possible le nombre des visites. Le principe de ce système est d'ailleurs fréquemment utilisé dans nombre d'assurances mutuelles, incendie, bétail... Il a généralement donné d'excellents résultats

M. Seneval, président de l'Union mutualiste du Var, cite à ce sujet un exemple caractéristique : En 1920, dans une société de secours mutuels du Var le nombre des malades avait été de 90 et le nombre des visites de 747 ; en 1921, il fut fait application du système du ticket modérateur, le nombre des malades tomba à 36, celui des visites à 314 !

Le système du ticket modérateur présente un autre avantage, il donne de l'élasticité au budget des caisses. Ce seront en effet celles-ci qui vendront et fixeront le prix de vente des tickets. La seule règle que leur impose la loi est que ce prix ne soit pas supérieur au tiers de l'indemnité journalière.

Cette disposition de la loi laisse supposer que chaque classe d'assurés aura ses tickets, vendus à des prix différents. Or pour le médecin, ils représenteront la même valeur : une visite qu'elle soit faite à un assuré de la 1^{re} ou de la 6^e classe lui sera payée au même prix. Il lui sera donc indifférent de recevoir un ticket d'une classe quelconque — et la fraude aura beau jeu.

Si un assuré peut se procurer des tickets d'une classe inférieure à celle où il est classé, et cela lui sera facile, s'il connaît un assuré de cette classe inférieure, il remettra au médecin à chaque visite un ticket de classe inférieure. Il est peu probable que l'on puisse demander aux médecins d'exercer un contrôle à ce sujet — d'abord parce que le

corps médical se souciera généralement peu de se plier aux réglementations bureaucratiques des caisses, ensuite parce que le médecin, ayant intérêt à garder sa clientèle, fermera bien souvent les yeux sur ces petites fraudes, quand il s'en apercevra.

Peut-être même certains médecins pour accroître le nombre de leurs visites iront-ils jusqu'à rembourser au malade le prix du ticket. Tout en ayant l'air de faire de la philanthropie, ils feraient peut-être une bonne affaire. Le prix de vente du ticket sera souvent minime, pour une dépense très légère, ils arriveraient à se créer une vaste clientèle ; et ceci indemniserait sans doute largement cela.

Divers systèmes de rémunération du corps médical

Nous avons déjà dit que les conditions de rémunération du corps médical seront déterminées dans les contrats entre caisses et groupements des médecins. Divers systèmes de rémunération peuvent fonctionner.

Un système assez fréquemment employé en Allemagne consiste à inviter les assurés à faire, tous les ans par exemple, choix d'un docteur, et à s'inscrire sur la liste de celui-ci. Chaque médecin a ainsi une certaine clientèle et il est rétribué forfaitairement au prorata du nombre de ses clients. Le médecin ayant ainsi intérêt à avoir sur sa liste le plus grand nombre d'assurés est incité à les soigner sérieusement, mais n'a aucun intérêt à faire des visites inutiles puisque celles-ci ne lui feront pas réaliser de gain supplémentaire. Ce système est très avantageux pour la caisse, qui sait exactement ce que coûte cette partie de l'assurance, sans complication de comptabilité. Mais on lui adresse divers

reproches : d'abord les honoraires ne sont pas proportionnés aux services rendus. Que le nombre des malades soit considérable ou non, les honoraires sont les mêmes, le médecin aura donc intérêt à n'avoir que des clients jouissant d'une bonne santé et à éliminer de sa liste les assurés ayant un tempérament maladif. Il sera peut-être parfois dangereux pour ces derniers, ce système qui incite le médecin à les négliger particulièrement. Tous les médecins auront-ils la force morale de résister à une telle tentation ?

Une variante de ce système, appliquée en Angleterre, consiste à proportionner la rémunération au nombre des cas de maladie. Ici encore le médecin n'a aucun intérêt à soigner des maladies graves, il aura intérêt à reconnaître malades les assurés atteints des affections les plus bénignes. Il s'agira pour lui de voir beaucoup de malades, mais une seule fois.

Nous arrivons enfin au mode de paiement qui a généralement les préférences du corps médical. On alloue au docteur une rémunération pour chaque visite ou pour chaque consultation. Il est ainsi rémunéré en proportion de son travail. Avec ce système, il n'y a pas de différence entre le médecin de caisse et le médecin de clientèle. Le médecin visitera ses malades autant de fois qu'il le jugera nécessaire. Il est vrai, et c'est là le défaut de ce système, qu'il risque de le juger trop souvent nécessaire, s'il n'a pas une nombreuse clientèle. Ceci ne va pas sans inconvénient pour la caisse, qui risque de voir ses dépenses afférentes au service médical, atteindre un chiffre très élevé. Pour éviter ce danger, les caisses pourront affecter une certaine somme à la rémunération des médecins. Cette somme leur sera répartie au prorata du nombre des visites qu'ils auront faites. Si ils en font un trop grand nombre, l'honoraire par visite

diminuera. Grâce à ce moyen, la caisse n'est plus lésée, mais ce sont les médecins sérieux, ceux qui ne font que le nombre de visites nécessaire qui le sont.

On a aussi utilisé le procédé qui consiste à fixer un nombre maximum de visites par maladie, les visites faites en supplément n'étant pas rémunérées. Ce procédé a été utilisé par certaines caisses allemandes qui paraissent ignorer qu'il n'y a pas de maladies, mais des malades. Pour tel assuré, le nombre des visites prévu sera peut-être trop grand, et pour tel autre, il sera tout à fait insuffisant. Peut-on prévoir que le médecin abandonnera son malade sous prétexte qu'il lui a fait le nombre des visites prévu au règlement de la caisse ? Il vaut mieux risquer que quelques abus ne se produisent, plutôt que d'en arriver à une médecine de catalogue, à une médecine sans âme.

Aucun de ces systèmes n'est sans inconvénients. Il appartiendra aux caisses de faire un choix judicieux entre eux, en tenant compte de la nature de leurs clientèles et des circonstances locales, qui pourraient diminuer les inconvénients de l'un de ces systèmes.

Fonctionnement financier de l'Assurance-maladie

L'union régionale remettra à chaque caisse une somme annuelle forfaitaire pour chaque ayant-droit : assurés, conjoints, enfants de moins de 16 ans à la charge de l'assuré. Cette somme, prélevée sur la cotisation sera chaque année fixée par décret. Il faut évidemment que cette somme puisse varier, car les prévisions budgétaires que l'on peut faire avant l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie sont assez fragiles ; d'autant qu'on ne peut en cette matière se reporter

aux caisses allemandes ou anglaises, car il existe dans ces états des organisations médicales qui ne pourront exister chez nous que dans de nombreuses années.

Il est permis de se demander si cette façon de procéder ne va pas aboutir à ce résultat que certaines caisses disposeront de sommes beaucoup plus importantes qu'elles n'en auront besoin, alors que d'autres seront toujours en déficit, quelque prudente que soit leur gestion.

Nous avons vu en effet que les syndicats professionnels pourront créer des caisses maladie. Or, la morbidité dépend dans une grande mesure de la profession. Le nombre moyen annuel de journées de maladies peut varier du simple au triple suivant les professions.

L'intérêt des assurés exerçant une profession à faible morbidité les incitera naturellement à se grouper dans la même caisse. Les salariés ayant des professions à forte morbidité seront donc obligés d'entrer dans les mêmes caisses.

Ces caisses ne percevront pas cependant plus que les premières par tête d'assuré, bien qu'ayant à faire face à des charges beaucoup plus lourdes.

Les premières auront donc un budget très large, alors que les secondes seront à coup sûr en déficit.

Le projet de loi prévoit bien que la Caisse Générale de Garantie viendra au secours des caisses en déficit, mais les sommes avancées à ces caisses ne sont que prêtées. Le projet semble supposer a priori que la caisse en déficit a été gérée légèrement, puisqu'il lui impose l'obligation de rendre compte de sa gestion à la Caisse Générale de Garantie qui est autorisée à prendre toutes les mesures de contrôle qu'elle jugera convenables.

Or, pour les caisses des professions à forte morbidité,

ce pourra très bien ne pas être le cas. Elles seront en déficit parce qu'elles ne percevront que des sommes insuffisantes pour les risques qu'elle auront à indemniser.

Quant à rembourser les avances qui leur auront été faites, elles en seront tout à fait incapables, à moins de n'assurer que des prestations en nature au rabais et de se montrer très difficile pour reconnaître malades leurs assurés, c'est-à-dire de les soigner fort mal.

Il y a là un point sur lequel le législateur sera sans doute obligé de modifier le projet de loi.

La médecine sociale

Dans les pays dotés de l'assurance maladie, l'exercice de la médecine a pris une forme particulière, nettement différente de celle que nous lui connaissons en France.

C'est ainsi qu'en Allemagne le médecin de caisse peu payé (2 fr. 50 en moyenne par consultation à son cabinet et 3 fr. 50 par visite à domicile) est obligé de voir un grand nombre de malades chaque jour pour gagner sa vie. Ils arrivent à en voir jusqu'à 80 par jour. Inutile de dire combien leurs examens sont sommaires.

Cela a jeté un certain discrédit sur les médecins des caisses : il en est d'ailleurs de même en Angleterre où ces médecins ont été surnommés par leurs malades « les docteurs qui examinent de loin ». Ce discrédit paraît d'ailleurs immérité.

Ces examens sommaires tiennent à l'organisation du service médical, toute différente de celle qui fonctionne en France.

Les médecins des caisses sont généralement des praticiens instruits et consciencieux, mais auxquels on ne demande pas de soigner seuls les malades qu'ils verront. Ils ne soignent jusqu'à guérison que les affections légères, de courte durée.

L'examen médical est très simple, le traitement est indiqué en quelques mots, la durée de la consultation est fort brève. C'est là le cas de la majorité des consultants 77 à 80 0/0 d'après les statistiques alsaciennes.

Les consultants sont d'ailleurs très nombreux : on a dit fort justement que les assurances sociales « augmentaient la consommation médicale », gros avantage pour la santé publique. Dès qu'un assuré est souffrant, au lieu de suivre les conseils du pharmacien ou de son commis, ou d'un camarade, il verra un médecin puisque cela ne lui coûtera qu'une somme infime, qu'il aura des médicaments à peu près gratuits et peut-être quelques jours de repos payés.

Les malades légers sont donc soignés convenablement. Et les malades graves, dira-t-on, comment sont-ils soignés ?

Ils sont envoyés dans des hôpitaux ou dans des établissements spécialisés, dotés de laboratoires et comportant un personnel instruit et expérimenté. Les malades se trouvent ainsi dans les meilleures conditions de guérison et ne risquent pas de contaminer leur entourage en cas de maladie contagieuse.

Le médecin de caisse ne soigne pas de maladies graves ; il se borne à faire un triage entre malades sérieux, qu'il dirige sur l'établissement hospitalier qui leur convient, et malade léger qu'il soigne. On voit que son rôle diffère considérablement de celui du médecin civil français ; mais il

rappelle de façon frappante celui du médecin militaire de régiment qui ne soigne jamais un vrai malade.

Une telle organisation sanitaire exige un grand nombre d'hôpitaux, d'établissements hospitaliers, qui n'existe pas en France.

L'hospitalisation est obligatoire dans les pays dotés de l'organisation médicale dont nous venons de parler, toutes les fois que les soins ne peuvent être donnés à domicile ou quand il s'agit de maladies contagieuses.

Les assurés, en Alsace et en Lorraine notamment, ne paraissent pas avoir de répugnance pour l'hospitalisation. Il n'en est pas de même en France où l'on a constaté que la clientèle des hôpitaux a diminué depuis la hausse des salaires. L'ouvrier mieux payé préfère se faire soigner chez lui plutôt que d'aller à l'hôpital. Il y serait certainement mieux soigné, mais il paraît particulièrement pénible au malade, au moment où l'affection des siens lui apporte un réconfort précieux, d'aller s'isoler dans un milieu inconnu, dans ces grandes salles blanches où il est soumis à des prescriptions impératives.

Le Docteur Grinda estime qu'il se produira dans nos mœurs une évolution profonde comme cela s'est produit en Allemagne et en Angleterre. « Le malade, écrit-il, se rendra docilement dans les établissements sanitaires parce qu'il s'y trouvera dans les conditions matérielles et morales les plus favorables à sa guérison ». — Le doute est permis à ce sujet. La mentalité du Français est extrêmement individualiste. L'Allemand, au contraire, aime à vivre en groupe. Cette différence de tempérament pourrait bien empêcher l'évolution que prévoit le Docteur Grinda.

Nous venons de voir quelles modifications a apporté dans

l'exercice de la médecine le fonctionnement de l'assurance maladie à l'étranger ; il est à supposer que l'introduction chez nous de cette assurance entraînera également des changements dans notre organisation sanitaire.

Il est probable qu'il se créera une organisation thérapeutique et préventive basée sur la collaboration des établissements spécialisés.

La conception du médecin isolé soignant seul ses malades apparaît comme périmée depuis déjà de nombreuses années. La science médicale devenant de plus en plus vaste et complexe s'est divisée en diverses branches ; celles-ci ne peuvent plus être embrassées par un seul homme. — Les médecins sont amenés à se spécialiser ; or, la spécialisation entraîne la collaboration. Celle-ci existe déjà ; pour bien des malades, il faut des examens bactériologiques, chimiques, radioscopiques.

Il y a déjà collaboration de diverses branches de la médecine. Cette collaboration sera sans doute rendue plus intime par la création de l'assurance maladie.

Les caisses seront vraisemblablement amenées à se grouper de manière à avoir des établissements, des consultations pour toutes les branches de la médecine. Tous ces centres médicaux dépendant du même groupe il n'y aura, ou tout au moins, il ne devrait y avoir, aucune difficulté pour qu'un malade soit envoyé dans les divers centres où l'on jugera utile de le faire examiner.

Enfin, à côté de ces organisations destinées à soigner leurs assurés malades, les caisses pourront créer des organisations destinées à prévenir les maladies chez leurs assurés. Est-ce la une nouveauté ? Non. il existe déjà des dispensaires, des consultations qui donnent d'excellents résultats.

Des consultations de nourrissons, fonctionnent à Paris principalement, d'une façon très heureuse. Elles s'occupent moins de soigner les enfants malades, qui sont dirigés sur des hôpitaux, que de suivre le développement des enfants doués d'une santé normale. Chaque famille possède une fiche sur laquelle sont inscrits tous les renseignements recueillis sur la santé et les tares des parents, ainsi que les constatations faites sur les enfants à chaque consultation.

Il est indéniable qu'une telle organisation permet de prévoir les maladies, de les éviter souvent, d'en diminuer la gravité toujours.

Il est remarquable de constater à quel point les mères se rendent compte de l'intérêt que présente pour leurs enfants ces consultations périodiques, même quand l'enfant ne témoigne d'aucun malaise. Elles n'hésitent pas à sacrifier plusieurs heures de leur travail domestique pour conduire leurs enfants aux consultations. Ce sacrifice n'est d'ailleurs pas sans résultat.

Il a été constaté, à une consultation fonctionnant dans le XV^e arrondissement à Paris que la mortalité chez les enfants de moins d'un an n'était que de 3,4 0/0 alors que la mortalité normale à cet âge est de 8,5 0/0.

Cette même consultation a également créé des cours de gymnastique pour les enfants, jusqu'à 15 ans.

Cette création paraît heureuse. Combien de fillettes qui pour tout exercice physique se bornent à pratiquer le saut à la corde ! Des fillettes qui auront fait de la gymnastique suédoise pendant leur croissance, auront, devenues femmes, des accouchements plus aisés et moins dangereux : leur santé sera meilleure. Et ce sera toute économie pour les caisses d'assurance.

Ce qui a été fait pour les enfants peut l'être pour les adultes, tout au moins pour ceux qui ont des tempéraments maldifs. On ne peut songer à les faire venir à des consultations, la grande majorité se refusera à y venir en bonne santé, mais les caisses pourront avoir des infirmières visiteuses. Celles-ci se tiendront en contact avec les familles malades, les visiteront périodiquement.

Sans avoir une culture médicale très approfondie, leurs connaissances en médecine sont suffisantes pour savoir « dépister » une maladie naissante ; pour deviner à quelque malaise qu'on leur dira qu'une consultation médicale s'impose, et à quelle consultation il convient de s'adresser. Bien des maladies seront ainsi évitées, ou tout au moins leurs gravités seront diminuées.

Ces infirmières, quand elles auront conquis la confiance des assurés, pourront donner des conseils d'hygiène et amener les personnes qu'elles visitent à mener une existence plus conforme aux lois de l'hygiène, bien souvent méconnues dans les classes de la société qui seront bénéficiaires de l'assurance-maladie.

On voit qu'il y a des perspectives très larges pour l'activité des caisses, qui pourront s'inspirer utilement de toutes les œuvres parisiennes de prophylaxie sociale.

L'organisation pharmaceutique

L'organisation et le fonctionnement du service pharmaceutique ont au point de vue du budget des caisses une très grande importance. Les frais entraînés par la fourniture des médicaments peuvent varier considérablement suivant la façon dont l'organisation pharmaceutique est réglementée.

Le projet de loi prévoit que l'assuré choisira son pharmacien sur la liste des pharmaciens agréés par la caisse et que des contrats collectifs seront passés entre les caisses et les groupements professionnels de pharmaciens. Les pharmaciens n'appartenant à aucun de ces groupements pourront être agréés, si ils acceptent les conditions prévues au contrat.

Ces contrats fixeront les tarifs suivant lesquels seront délivrés les médicaments ; mais ils devront être inférieurs aux tarifs maxima qui seront fixés par une commission nommée par l'Office National. Le législateur par ces prescriptions va faire disparaître les nombreuses pharmacies créées par les sociétés de secours mutuels, ce qui n'est peut-être pas un bien. On sait que le bénéfice réalisé sur la vente des produits pharmaceutiques est considérable ; aussi nombre de sociétés de secours mutuels ont pu notablement diminuer leurs dépenses en créant des pharmacies. Elles allouent souvent un traitement fixe à un pharmacien, et elles bénéficient des profits de la pharmacie. Certaines de ces organisations mutualistes ont brillamment réussi ; la plus célèbre est la société des pharmacies populaires de Bruxelles, qui a réussi à vendre à ses adhérents à des prix de 82 0/0 inférieurs aux prix de vente au public. Il faut d'ailleurs remarquer que ce résultat n'a été obtenu que parce que les sociétaires bénéficiaient des bonis réalisés sur la vente au public. Il serait souvent avantageux pour une caisse ou un groupe de caisses d'avoir une pharmacie à elles.

Le projet de loi prévoit, pour réduire les dépenses pharmaceutiques, que les médicaments devront être fournis sous leur forme la plus économique ; il exclut bien entendu les spécialités, excepté quand elles sont indispensables. C'est ce qui se passe en Allemagne, ou en fait, la pharmacie est

réduite à sa plus simple expression ; les médicaments sont délivrés en vrac dans des paquets et le malade prépare lui-même ses solutions ou ses cachets. Cette médication économique intéressera d'ailleurs directement le malade, le législateur ayant mis 10 0/0 des dépenses pharmaceutiques à sa charge.

L'organisation du contrôle

De nombreuses fraudes sont à craindre tant au point de vue du service médical que du service pharmaceutique. Un contrôle rigoureux est indispensable. Le projet de loi indique à ce sujet que les contrats collectifs devront fixer les modalités du contrôle. La plus grande liberté est laissée aux caisses pour l'exercice du contrôle administratif. Elles devront pour le choix des modalités de contrôle s'inspirer de la nature de leur clientèle. Les sociétés de secours mutuels emploient souvent pour cela des visiteurs qui se présentant inopinément chez les malades sont à même de les surprendre dans une situation incompatible avec leur état de santé présumé. Cette surveillance pourrait rentrer dans le rôle des infirmières visiteuses dont il a été précédemment question. Si des mesures énergiques sont prises contre les faux malades, le nombre des abus pourra n'être pas trop élevé.

En ce qui concerne le contrôle technique, le rapport de la commission de la Chambre des Députés prévoit qu'il sera confié aux groupements professionnels, parties au contrat collectif, le groupement étant responsable des abus commis par un de ses membres. Cette responsabilité risque d'être tout à fait morale. La caisse est en effet désarmée devant les groupements médicaux et pharmaceutiques qui se déclarent

reront de par la loi seuls compétents pour juger d'une question technique. Comme il est peu probable que les groupements en question créent d'eux-mêmes et à leurs frais une organisation de contrôle, quelque chose de comparable au « médecin de confiance » des caisses allemandes, le contrôle sera en fait inexistant. Ce « médecin de confiance » se présente chez certains malades et leur fait subir un sévère examen médical, contrôlant ainsi le médecin traitant ; ou encore, il convoque à son cabinet un certain nombre de malades qu'il examine, souvent avec le concours de plusieurs collègues. Ce procédé de contrôle paraît susceptible de donner de bons résultats, mais présente par contre pour l'assuré de gros inconvénients ; l'attente d'abord dans une promiscuité assez pénible, ensuite l'examen tout à fait militaire et rappelant assez fâcheusement, au gendarme près, les conseils de révision, quoiqu'il en soit, c'est un contrôle sérieux puisqu'exercé par un salarié des caisses. Il paraît fâcheux que le législateur n'ait rien prévu de semblable. Peut-être les commissions régionales formées par tiers de délégués de l'Office, des caisses et des groupements professionnels auront-elles par le contrôle des notes d'honoraires médicaux et des frais pharmaceutiques une heureuse influence sur les abus possibles. Ces commissions sont armées de pouvoirs étendus ; elles peuvent prononcer l'exclusion temporaire ou définitive du service des assurances des médecins, sages-femmes, ou pharmaciens. Les motifs de ces exclusions devront être graves et légitimes déclare le projet de loi qui ne détermine pas les faits pouvant donner lieu à de telles mesures ; ils sont laissés aux jugements des commissions. Le projet exige comme contre-poids à la partialité possible, née des querelles de clocher, que les décisions des commis-

sions soient motivées. Ces décisions sont en outre susceptibles d'appel devant l'Office National. Toute garantie est ainsi donnée aux praticiens qui pourraient entrer en conflit avec les commissions.

Evaluation des dépenses de l'Assurance-maladie

Nous allons maintenant examiner les dépenses à prévoir pour l'assurance maladie. Nous avons vu au chapitre précédent par quel procédé les services de l'actuariat ont établi approximativement le nombre des assurés de chaque classe. On a supposé que dans chaque classe, la répartition par âge était conforme à la répartition par âge générale. Ceci étant admis, il était possible en utilisant une table de morbidité de calculer le nombre probable de journées de maladie par classe. En multipliant ces nombres par les taux d'indemnités pécuniaires affectées à chaque classe, on obtient le coût total des prestations pécuniaires : 330 millions environ, soit 41 francs environ par assuré et par an.

Mais quand on veut évaluer le coût des prestations en nature on s'aperçoit vite que le problème devient beaucoup plus compliqué. Quelles seront les dépenses médicales ? pharmaceutiques ? Le coût des hospitalisations ? Autant d'évaluations très difficiles à faire.

Les services de l'actuariat ont admis un taux de dépense de 9 fr. par jour pour les frais médicaux et pharmaceutiques.

On a objecté, contre ce choix, que le prix de la journée dans certains établissements hospitaliers dépassait ce chiffre de 9 fr. ; mais il faut tenir compte que le prix de la journée comprend non seulement les frais de traitement mais encore les frais de séjour et de nourriture du malade.

Le projet de loi prévoit d'ailleurs à ce sujet que les allocations pécuniaires subiront de très importantes réductions en cas d'hospitalisation de l'assuré. Ces réductions variables suivant les charges de famille de l'assuré peuvent aller jusqu'aux trois quarts de l'indemnité. L'assuré hospitalisé n'ayant plus à faire face à ses dépenses personnelles d'entretien, il est logique qu'il ne touche qu'une indemnité réduite.

Le taux de 9 fr. paraît avoir été prévu assez largement si on le compare aux dépenses effectuées par les caisses maladie d'Alsace-Lorraine en 1920 et 1922, année pendant laquelle l'état sanitaire a été fort mauvais.

Les dépenses pour les honoraires médicaux se sont élevées en 1920 et 1922 à 17 et 31 fr., pour les dépenses de fournitures pharmaceutiques à 14 fr. et 20 fr. ; pour les frais d'hospitalisation à 10 fr. 50 et 18 fr. par tête d'assuré.

En résumé, on a dépensé par assuré pour les soins en nature 41 fr. 50 en 1920 et 69 fr. en 1922. Or, les services de l'actuariat ayant évalué à 8,8 journées par an la durée moyenne de maladie, le taux de 9 fr. par jour donne une évaluation de 79 fr. 20 par assuré pour les dépenses de soins en nature. Cette évaluation semble avoir été faite d'une façon très prudente.

Mais, nous l'avons déjà dit, les évaluations que l'on peut faire en cette matière sont très fragiles et seule l'expérience nous fixera sur le coût de ces prestations.

Ce coût sera même probablement variable d'une région à l'autre. Cela a été constaté en Grande-Bretagne, où la consommation des produits pharmaceutiques notamment est bien plus faible en Ecosse, qu'en Angleterre et en Irlande.

Le produit du nombre probable de journées de maladie

par la dépense quotidienne admise de 9 fr. permet d'évaluer la dépense à prévoir à 577 millions pour les assurés obligatoires et à 261 millions pour leurs familles.

La dépense moyenne par assuré salarié ressort donc à 103 francs 50.

Si on estime au tiers de cette somme la dépense pour honoraires médicaux proportion inférieure à celle que nous avons constatée dans les dépenses des caisses d'Alsace-Lorraine, il reviendrait aux médecins de 34 à 35 fr. par tête d'assuré et par an.

Notons au passage que les médecins anglais après une longue lutte contre le Ministère de l'Hygiène et les caisses d'assurance ont obtenu récemment qu'il leur soit alloué 9 shillings par tête d'assuré. Cette somme est supérieure à celle allouée aux médecins français, mais il faut tenir compte que le coût de la vie étant beaucoup plus élevé en Angleterre que chez nous, 35 fr. en France valent près de 9 shillings en Angleterre. En admettant qu'il revienne 35 fr. par an et par assuré au médecin, il reviendra, par an, 300 millions de fr. au corps médical. Celui-ci comptant environ 18.000 membres, si on suppose que 15.000 soient occupés au service des assurances, ils recevront donc une rémunération annuelle moyenne de 20.000 fr. Il faut noter que les 2/3 de la population française restent en dehors de ces évaluations et que ces 2/3 comprennent les classes aisées et riches. Le Corps médical aurait donc tort de manifester des craintes pour ses intérêts professionnels. Il peut être assuré que ses soins recevront une équitable rémunération.

L'évaluation des dépenses pour les assurés facultatifs est légèrement plus élevée que celles des assurés obligatoires. Il n'y a là rien que de logique. Une assurance facultative

présente toujours plus de mauvais risques qu'une assurance obligatoire. La dépense moyenne par assuré ressort à 175 fr. par an (indemnités pécuniaires comprises) alors qu'elle n'est que de 155 fr. par assuré obligatoire. La dépense annuelle totale pour les assurés facultatifs sera la 1^{ère} année de 35 millions ; elle s'élèvera ensuite progressivement pour devenir constante à partir de la 45^e année et atteindra à ce moment 247 millions. La dépense totale d'assurance maladie (obligatoires et facultatifs) partira donc de 1.329 millions pour s'élever à 1.541 millions la 45^e année.

Ces évaluations ne portent que sur les dépenses effectuées pendant les six premiers mois de maladie. Nous avons déjà vu qu'après ces 6 premiers mois s'ouvrirait une nouvelle phase : la pré-invalidité, où les allocations devenues mensuelles continuent à être payées par les fonds de répartition. Après les 2 années de versements préalables exigées de tout assuré, la 3^{ème} année d'application de la loi verra surgir environ 27.000 allocataires. Ce nombre s'élèvera à 47.000 la 4^{ème} année par suite de l'arrivée d'une promotion nouvelle et d'un certain nombre d'extinctions survenues au sein de la 1^{ère} promotion. Ce nombre d'allocataires atteindra la 7^{ème} année 95.000 têtes et sera désormais constant. L'état contribue aux dépenses entraînées par les allocations pécuniaires aux assurés des 3 premières classes, à raison de 20 fr. par mois et par assuré secouru. L'incapacité variant de 60 0/0 à 100 0/0 on a admis dans les évaluations un pourcentage moyen de 80 0/0. Dans ces conditions le montant d'une allocation annuelle représente 432 fr. pour la 1^{ère} classe ; 720 pour la 2^{ème} ; 1.056 pour la 3^{ème}. La moyenne calculée en tenant compte des effectifs de chaque classe représente 870 fr. L'Etat contribuant à raison de 80 0/0 de 240 fr. soit 192 fr. , il reste à la charge du

fonds de répartition pour les assurés des 3 premières classes : 870 moins 192, soit 678 francs. Pour les assurés des 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} classes, les dépenses sont entièrement à la charge du fonds de répartition.

Le total des allocations s'élèvera à 89 millions la 7^{ème} année. Il faut, d'autre part, ajouter à ces dépenses, celles que vont entraîner les allocations en nature. Le pré-invalide est soumis au point de vue morbidité à un double risque. D'une part, il est soumis au risque commun, au risque que court un assuré quelconque et qui n'a aucun rapport avec son état de pré invalidité ; c'est, par exemple, le cas d'un tuberculeux qui se casse une jambe. D'autre part, il est soumis à des risques spéciaux inhérents à son état. Pour le 1^{er} risque, on a admis dans les évaluations financières qu'on pouvait lui appliquer les tables de morbidité usuelles ; il a été ainsi évalué à 110 fr. par an.

L'évaluation du second risque est très délicate ; on a pris le chiffre de 118 fr. par an, chiffre établi par le Ministère des Pensions pour les charges résultant des soins médicaux et pharmaceutiques fournis aux réformés de la guerre. Ces évaluations paraissent faibles. Il n'est pas sûr que la morbidité ordinaire des pré-invalides ne sera pas accrue du fait de leur état. Après 6 mois de maladie, leur organisme sera certainement affaibli et ils seront plus facilement qu'un assuré sain victime de maladies ou d'accidents.

Enfin la morbidité spéciale des pré-invalides d'origine malade sera probablement plus forte que celle de réformés à la suite de blessures. Nombre de ceux-ci sont aujourd'hui entièrement remis et n'ont plus une morbidité spéciale.

Les prévisions actuarielles paraissent devoir être dépassées sur ce point. Il est vrai que comme elles ne portent que

sur un nombre relativement peu élevé de têtes, le déficit qui pourrait en résulter, ne porterait pas une grave atteinte au fonctionnement financier des assurances sociales. En adoptant les chiffres admis par les services de l'actuariat, on arrive à une dépense de 20 millions de francs la 7^e année pour les allocations en nature.

La dépense totale à prévoir pour les pré-invalides sera donc à partir de la 7^e année de 109 millions.

CHAPITRE VI

L'Assurance-Invalidité

Prestations en nature et prestations pécuniaires

Nous avons examiné, jusqu'ici les prestations fournies pendant les 66 premiers mois de maladie ; nous allons maintenant examiner dans quelles conditions sont continuées les prestations.

Nous avons vu qu'après ces 66 mois de maladie, l'assuré devient au point de vue légal, un invalide.

Cet invalide aura encore besoin de soins médicaux, de produits pharmaceutiques. Va-t-on laisser toujours ces dépenses à sa charge ? La question avait été résolue par l'affirmative dans le projet gouvernemental. La commission parlementaire, chargée de l'examen du projet, l'a heureusement modifié sur ce point. Il n'est guère possible de supposer que l'invalide pourra distraire de la modique pension qui lui sera allouée, une somme suffisante pour se soigner convenablement.

La règle primitivement admise revenait donc en fait à abandonner le malade après 5 ans et demi de soins. Il est plus humain de continuer les soins tant pour le malade que pour son entourage. Un grand nombre de cas d'invalidité sont en effet causés par la tuberculose. Si on ne s'occupe plus de l'invalide tuberculeux, il est à craindre que les mesures

•

d'hygiène que l'influence des médecins a pu faire observer, ne soient peu à peu négligées jusqu'à l'oubli complet. Ce jour-là, l'invalidé contaminera très facilement ceux qui l'entourent. L'assurance devra soigner ces nouveaux malades, source de nouvelles dépenses.

Il importe donc au point de vue hygiène sociale que les soins médicaux soient continués gratuitement. Une autre raison justifie cette règle. Un invalide partiel, ayant une certaine capacité de travail, touche un certain salaire. Restant salarié il continue à être assuré et son droit aux soins médicaux et aux fournitures pharmaceutiques subsiste. La règle du projet gouvernemental aboutissait donc à cette anomalie : l'invalidé à 100 0/0 non soigné et l'invalidé à 95 0/0 soigné. Remarquons ici que la prime d'assurance payée par un invalide à 95 0/0 est infime, ce qui revient à dire que les soins médicaux lui seront fournis à peu près gratuitement. Il n'y avait donc pas de raison de ne pas maintenir également la gratuité à l'invalidé total.

C'est ainsi que le législateur a décidé (article 18) que l'invalidé total aurait droit aux prestations en nature. Il n'est naturellement pas question des invalides partiels puisqu'ils continuent, en tant que salariés, à jouir des avantages de l'assurance.

Les prestations pécuniaires vont, dans la phase invalidité, changer de caractère. L'état d'incapacité ayant subsisté 5 ans et demi, il est à présumer qu'il est devenu définitif. C'est donc une pension d'invalidité qui sera désormais servie en remplacement des allocations mensuelles. Ce n'est plus un secours temporaire, c'est une pension permanente. On n'a plus affaire à un malade dont on escompte la guérison, on a affaire à un vieillard prématuré, auquel il faut

servir une rente jusqu'à son dernier jour. A la première période on a appliqué les règles techniques habituelles de l'assurance maladie : la répartition. Pour la seconde on va utiliser la capitalisation pour assurer la constitution des capitaux nécessaires au service de la rente d'invalidité

Ces rentes annuelles ne pourront être inférieures dans chaque classe aux taux suivants : 500 fr. ; 900 fr. ; 1275 fr. ; 1650 fr. ; 2.325 fr. ; 3.000 fr. — Ces taux s'appliquent à l'invalidité totale. — Pour les invalides partiels, ils sont à réduire au prorata de l'invalidité.

La façon dont cette réduction est comprise ne paraît pas heureuse ; elle causera des anomalies. Prenons deux assurés de la 6^e classe gagnant, l'un et l'autre, 9.000 fr. par an. Supposons le premier atteint d'une invalidité de 50 0/0 ; il ne touchera aucune rente et, sa capacité de travail étant réduite de moitié, gagnera 4.500 fr. Supposons le second assuré atteint d'une invalidité de 60 0/0. Il touchera une rente au moins égale aux six dixièmes de 3.000 fr. soit au moins 1.800 fr. — d'autre part puisque son invalidité est de 60 0/0, il gagnera 3.600 fr. Il percevra donc annuellement 5.400 fr., soit 900 fr., de plus que le 1^{er} assuré, tout en étant atteint d'une invalidité plus grande.

Il y a là quelque chose d'anormal qui aurait pu être évité en faisant décroître le pourcentage de la pension plus rapidement que celui de l'invalidité.

Liquidation des pensions d'invalidité

Nous allons maintenant examiner le système technique de liquidation des pensions d'invalidité.

L'invalidité n'étant autre chose qu'une vieillesse prématurée, il a paru rationnel au législateur de recourir aux sommes capitalisées en vue de la pension de vieillesse pour constituer la rente d'invalidité.

A cet effet au bout des six premiers mois de maladie, au moment où l'assuré se révèle comme un invalide possible, si son incapacité de travail est au moins égale à 60 0/0, son compte individuel d'assurance-vieillesse est liquidé dans la mesure où l'assuré est atteint d'incapacité de travail. La réserve mathématique des rentes annulées est transportée à un compte individuel d'assurance invalidité.

Pendant toute la durée de la maladie et de la pré-invalidité de l'assuré, la caisse d'assurance maladie continue, nous l'avons vu, à verser la part des cotisations à affecter à la constitution de la retraite.

Cette part de cotisation, dans la mesure de l'incapacité, va se capitaliser avec les sommes versées au compte invalidité.

A l'expiration de la période de pré-invalidité, si l'assuré survit et demeure invalide, sa pension est liquidée. Cette liquidation se fait en se basant sur les tables de mortalité des invalides.

Le capital de couverture destiné à assurer une rente de 100 francs, par exemple, sera naturellement inférieur au capital de couverture nécessaire à assurer la même rente à un valide.

La part des invalides qui disparaîtront rapidement accroît la part des invalides survivants.

La mortalité des invalides arrive au bout d'un certain temps à se confondre avec celle des valides ; mais il faut assez longtemps pour cela.

D'après des renseignements d'origine allemande ce n'est que 10 ans après l'entrée dans l'invalidité que l'invalidé se trouve dans les conditions de mortalité normale propre à tous les Allemands de son âge. D'après les calculs des actuaires, la couverture moyenne d'une rente d'invalidité de 100 fr. (taux $4\frac{1}{2}$ o/o), en tenant compte de la proportion respective des invalides des divers âges, s'élève à 784 francs. Au même taux d'intérêt, c'est la couverture d'une rente de vieillesse de 100 fr. attribuée à un assuré valide de 67 ans. Ceci montre bien que le service des rentes n'exigera que de faibles capitaux de couverture. Il arrivera cependant que le capital de couverture constitué à la fin de la 5^e année sera insuffisant pour assurer le minimum de pension prévu par la loi. Ceci arrivera surtout pour les assurés des basses classes, dont la part de cotisation affectée à l'assurance vieillesse est très faible.

Un assuré de la 1^{re} classe ne verse en effet que 18 francs en moyenne pour sa pension de retraite ; un assuré de la 2^e classe ne verse que 54 francs. Si l'invalidité frappe un assuré jeune, ne cotisant pas depuis longtemps, la capitalisation de ces sommes infimes ne donne qu'un faible capital. Pour le porter au minimum prévu par la loi, il y aura intervention de l'Etat pour les 3 premières classes seulement en régime normal. S'il y a lieu à complément de pension pour les assurés des 3 dernières classes, c'est à la caisse d'assurance invalidité à le fournir. En vue de limiter les charges de l'Etat du fait de son intervention en faveur des assurés des classes inférieures, sa participation est fixée au maximum à 250 fr. pour les assurés immatriculés avant 30 ans ; et cette somme sera réduite de $\frac{1}{30}$ par année comprise entre 30 ans et l'âge d'entrée, pour ceux im-

matriculés après trente ans. Cette somme est en outre réduite en proportion du pourcentage d'incapacité. Après cette participation de l'Etat le minimum garanti peut encore n'être pas atteint. Ce sera aux caisses d'assurance à combler ce déficit. Elles constitueront en capital de couverture le surplus de la pension restant à leur charge. Ce capital sera versé au compte individuel d'assurance invalidité.

Nous avons examiné le cas où la liquidation du compte individuel ne permet pas d'assurer le minimum garanti, mais le cas inverse peut se produire ; ce sera le cas d'un assuré des classes supérieures, atteint d'invalidité à un âge avancé. Que va-t-il se passer ? Deux cas peuvent se présenter. Si les versements faits à la Caisse invalidité avaient été faits à la caisse vieillesse, leur capitalisation aurait donné un certain capital permettant d'assurer une certaine rente d'après les tarifs d'assurance-vieillesse. Cette rente-vieillesse peut être inférieure ou supérieure à la rente minima d'invalidité à laquelle l'assuré a droit. Si elle est supérieure c'est au taux de cette rente que sera portée la pension d'invalidité. Si elle est inférieure, il ne sera alloué à l'assuré que la pension minima d'invalidité. L'assurance bénéficiera dans ce cas de la réserve mathématique correspondant à la fraction de rente non servie. Le projet de loi n'indique pas quelle sera la caisse bénéficiaire, mais il semble résulter des travaux préparatoires que ce sera la caisse d'assurance invalidité. Cela paraît équitable puisque ce sera cette caisse qui devra fournir les compléments de pension quand l'allocation de l'Etat et les versements capitalisés de l'assuré n'atteignent pas le capital nécessaire au service de la rente.

La rente invalidité fixée, ainsi qu'il a été dit ci-dessus, ne sera pas définitive ; elle pourra être modifiée, pour tenir

compte des variations d'incapacité de travail de l'assuré. L'Union régionale sera toujours tenue au courant de ces variations, puisqu'elle saura par les cotisations encaissées quel est le salaire de l'invalidé. Toutefois pour éviter de fréquentes modifications dans le montant de la rente, le projet prévoit qu'il n'y a lieu à nouvelle fixation qu'en cas de variation du pourcentage d'invalidité supérieure à 10 0/0.

Une partie de la réserve mathématique de la rente vieillesse a été annulée au début du 7^e mois de maladie, mais la partie restante a continué à s'accroître de la fraction de cotisation versée par l'invalidé partiel.

A 60 ans, celui-ci va donc avoir droit à un complément de pension. La commission parlementaire a prévu que l'invalidé partiel aurait droit à un complément de pension égal au produit du pourcentage de la capacité de travail par la pension qu'aurait eu l'intéressé si il avait continué à cotiser dans la classe où il était quand est survenue son invalidité.

Un autre procédé eût été possible : accorder aux invalides jouissant d'une pension pour incapacité partielle le bénéfice de la totalité de leurs versements dans leurs nouvelles classes d'assurance. Ce système a été rejeté car il présente deux inconvénients : il est généralement moins favorable aux assurés que le système adopté, et, d'autre part, il aboutirait dans certains cas à constituer des pensions globales supérieures aux pensions de vieillesse auxquelles auraient eu droit les intéressés si ils n'avaient pas été atteints d'invalidité. Or, il est contraire aux principes de toute assurance que la survenance d'un risque fasse réaliser un profit à l'assuré.

Nous avons vu qu'étaient exclues des avantages de l'assurance invalidité les victimes des accidents du travail, qui

restent soumis aux dispositons de la loi du 9 avril 1898. Il y aura donc deux sortes d'invalides suivant l'origine de leur invalidité. Au point de vue des prestations pécuniaires, les bénéficiaires de la loi de 1898 sont quelque peu avantagés par rapport aux invalides maladifs ; mais alors que ces derniers auront droit aux prestations en nature, les invalides-accidentés devront se soigner à leurs frais. Leurs pensions étant très faibles, il est à craindre qu'ils ne puissent bien souvent se soigner convenablement. Ne serait-il pas désirable, au point de vue de l'hygiène sociale, que la gratuité des soins médicaux et des fournitures pharmaceutiques leur soit étendue ? Tout au moins devraient-ils pouvoir profiter de la faculté que le projet de loi accorde aux invalides partiels, ne se livrant à aucun travail, de profiter des prestations en nature moyennant le versement de la fraction de cotisation correspondant à ces prestations.

Enfin une dernière question se pose au sujet des versements faits par les invalides totaux accidentés en vue de leur pension de retraite. Va-t-on attendre qu'ils aient 60 ans pour liquider cette pension ? Puisqu'ils sont atteints d'une complète incapacité de travail, il n'y a aucune raison de différer la pension de retraite jusqu'à 60 ans, âge que la majorité d'entre eux n'atteindront pas. D'après quels tarifs liquidera-t-on leurs pensions de vieillesse ? Il semblerait logique de leur appliquer des tarifs basés sur les tables d'extinction des invalides. Le projet de loi est muet sur ces divers points. Il est probable que les règlements d'administration publique qui seront établis pour la mise en application de la loi régleront ces problèmes.

Critique du mécanisme financier de l'Assurance-invalidité

Le mécanisme technique que nous venons d'examiner a été l'objet de vives critiques. On a contesté la possibilité de modifier la réserve mathématique des rentes de vieillesse sans troubler l'équilibre financier de l'assurance.

L'assurance vieillesse fonctionne en effet en se basant sur un tarif reposant sur la mortalité générale. Or, la mortalité générale comprend la mortalité des invalides, qui est, comme nous l'avons déjà vu, supérieure à la moyenne. La réserve mathématique de ces invalides disparaissant rapidement accroîtra les réserves des assurés atteignant un âge avancé. L'assurance de ces invalides aura donc été une bonne affaire pour la caisse d'assurance vieillesse.

Cette caisse aura besoin de ces bonnes affaires pour pouvoir faire face aux mauvaises affaires que représentent pour elle les pensionnés atteignant un âge avancé.

Mais si on enlève à cette caisse les bonnes affaires, sans compensations, elle sera en déficit. Or, que prévoit le projet de loi ? le transfert de la réserve mathématique de l'invalidité de la caisse-vieillesse à la caisse-invalidité. « Dans une caisse de vieillesse fonctionnant à capital aliéné, écrit le Docteur Chauveau dans son rapport au Sénat, une fois le versement effectué, on ne saurait plus faire aucun remboursement sans troubler l'équilibre financier ».

Théoriquement dans une caisse de ce genre on pourrait rembourser sans danger la valeur de la réserve mathématique à un assuré qui jouirait d'une bonne santé ; ce remboursement ne troublerait pas l'équilibre financier de la caisse. Pratiquement cependant, aucun établissement de ce genre

n'accepte une telle opération, même en s'assurant de la bonne santé de l'assuré par une visite médicale, car ce serait ouvrir la porte à une sélection à rebours. Il est évident que seuls les assurés qui craindraient de ne pas atteindre l'âge de la retraite demanderaient le remboursement de la valeur de leurs réserves mathématiques.

Si il est dangereux d'autoriser ces remboursements à des assurés jouissant d'une bonne santé, il l'est encore bien plus de l'autoriser à des assurés diminués physiquement et offrant une grande mortalité. Or, c'est là ce que prévoit le projet de loi et ce que critique vivement le rapporteur du projet de loi au Sénat. A ce sujet, il a consulté le président de l'Institut des actuaires français et on lit dans la réponse de ce dernier : « ...Le cas d'invalidité grave classe automatiquement l'assuré dans une catégorie à mortalité aggravée et la restitution de la réserve mathématique, dans quelques mains qu'elle soit versée exposerait la caisse parce qu'elle représente plus que l'équivalence de la pension de retraite.

Mais la réalisation de ce cas étant fortuite peut elle-même être assurée, ce qui revient à majorer le tarif pour rendre la réserve remboursable. La majoration doit naturellement être calculée en tenant compte de la probabilité de devenir invalide ».

Ceci revient à dire que si l'on veut garder le système de liquidation de pensions d'invalidité exposé ci-dessus, il faut baser l'assurance vieillesse sur un tarif reposant non pas sur la mortalité générale invalides compris, mais invalides exclus, il semble donc qu'il y ait lieu d'apporter sur ce point quelques modifications aux tarifs du projet de loi. Les pensions de retraite seraient ainsi légèrement diminuées, si l'on ne veut pas augmenter les primes demandées aux assurés

Malgré ces critiques et malgré la supériorité qu'il trouve au système appliqué en Alsace-Lorraine, assurance conjointe des risques vieillesse et invalidité, le D^r Chauveau invite ses collègues du Sénat à accepter le système de liquidation des pensions d'invalidités pour ne pas retarder la réalisation des assurances sociales.

Evaluation des dépenses entraînées par l'Assurance-invalidité

Nous allons maintenant examiner les dépenses qu'entraînera l'assurance invalidité.

D'après les prévisions actuarielles, le nombre des pensionnés s'élèverait à 13.000 environ la 8^e année, résidu de la 1^{re} promotion des 27.000 pré-invalides, dépasserait 100.000 la 17^e année et atteindrait 200.000 en régime normal dans une quarantaine d'années.

Les pensions étant constituées par les comptes individuels, les fonds de répartition, et l'Etat pour les assurés des 3 premières classes, il faut évaluer les dépenses qui incomberont à chacun de ces éléments. Les actuaires qui ont fait cette étude ont admis que l'invalidité moyenne serait de 80 0/0. Cette hypothèse paraît avoir été faite dans un but de prudence financière, car il est probable qu'il y aura un plus grand nombre d'invalidités légères que d'invalidités à gros pourcentage.

Pour les assurés des 3 premières classes, le versement de la cotisation moyenne de 90 francs pendant les 5 années de pré-invalidité, donne à la fin de la 5^e année un capital de 669 fr. La couverture d'une rente d'invalidité de 1 fr. étant en moyenne de 7 fr. 84, le capital de 669 fr. donnera donc

pour l'invalidé moyen à 80 0/0 une rente de 68 fr. Un calcul analogue montre que les versements faits par les fonds de répartition pendant la période de pré-invalidité permettent à eux seuls d'allouer aux invalides moyens des 3 dernières classes une rente de 197 fr.

D'autre part, une réserve mathématique de 1.000 fr. constituée au début de la période de pré-invalidité devient au bout de 5 ans, du fait de la capitalisation et de l'extinction de la moitié environ des pré-invalides, un capital de 2.493 fr. correspondant à une rente d'invalidité moyenne de 318 fr. Se basant sur ces calculs et sur les tables allemandes d'entrée dans l'invalidité, les actuaires ont pu calculer les fractions de pension qui seraient respectivement constituées par les comptes d'assurance-vieillesse, par les fonds de répartition et par l'Etat.

Il résulte de ces calculs que la charge pour les fonds de répartition s'élèverait la 8^e année à 15 millions, atteindrait 22 millions la 9^e année, puis décroîtrait progressivement jusqu'aux environs de 2 millions la 25^e année.

La charge de l'Etat partirait de 500.000 fr. la 8^e année pour s'élever à 9 millions au bout de 24 ans, puis décroîtrait jusqu'à la 45^e année pour se fixer à 3 millions.

Les charges qu'entraîne pour l'Etat l'assurance invalidité sont très faibles. En raison de la rapidité avec laquelle s'accroît la réserve mathématique durant la période de pré-invalidité, seuls les assurés frappés d'invalidité peu après leur entrée dans l'assurance représenteront, en régime normal, une charge pour l'Etat et les fonds de répartition.

Nous avons vu d'autre part que les invalides totaux auront droit aux soins médicaux et pharmaceutiques ; en admettant que ces prestations entraînent une dépense an-

nuelle de 230 francs, chiffre déjà admis au chapitre précédent, et que le quart des invalides pensionnés soit atteint d'incapacité totale, cette dépense atteindra une dizaine de millions en régime constant.

Il semble donc possible de protéger le salarié contre cette éventualité si terrible et cette protection pourra être obtenue sans demander à l'Etat une aide pécuniaire trop importante.

Il nous semble hautement désirable que cette garantie soit promptement assurée aux travailleurs français.

CHAPITRE VII

Les critiques du corps médical

Pour que l'assurance maladie puisse fonctionner d'une façon satisfaisante et donner les résultats que l'on est en droit d'attendre d'une telle institution, il est absolument indispensable que le corps médical lui donne non seulement son concours mais encore son dévouement.

Il ne manque donc pas d'intérêt d'examiner la façon dont a été accueilli le projet de loi dans les milieux médicaux.

Des nombreux articles parus dans la presse médicale, des communications faites à l'Académie de Médecine, il résulte que les médecins ne sont nullement satisfaits des conditions nouvelles dans lesquelles devra s'exercer la médecine, si le projet de loi ne subit pas avant sa mise en vigueur un certain nombre de retouches. Ce mécontentement est grave, car l'opposition du corps médical pourrait paralyser et même empêcher tout fonctionnement de l'assurance maladie. Les médecins ne sont pas désarmés, nous l'avons déjà dit, contre l'institution de l'assurance maladie. Ils peuvent se refuser à entrer en relation avec les caisses d'assurance, celles-ci ne peuvent les contraindre à contracter avec elles. S'ils exigent des honoraires élevés, les ressources des caisses seront insuffisantes ce qui ne manquerait pas d'en-

traîner un désordre dans lequel pourrait bien sombrer les assurances sociales.

Le nouveau rôle du médecin

Le mécontentement des médecins se comprend d'ailleurs bien si l'on songe au changement considérable que va apporter dans leurs habitudes, dans leurs méthodes de travail, la nouvelle organisation médicale qu'implique l'entrée en vigueur du projet de loi sur les assurances sociales.

Le médecin, le chirurgien, la sage-femme vont être les collaborateurs immédiats et permanents des organismes de l'assurance. Les caisses ne feront pas seulement appel à leurs connaissances techniques, mais aussi à leur autorité morale et à leur conscience professionnelle. Le rôle du médecin a été jusqu'ici de combattre la maladie, mais voici que maintenant on lui demande en outre de surveiller ses malades.

Par sa profession, le médecin est essentiellement individualiste. Il traite, seul à seul, avec le malade, dans son cabinet. Il est souvent le conseiller et l'ami de ses clients. Tout cela ne va pas durer. Toutes ces habitudes vont être bouleversées par la médecine collective.

Le malade n'avait jusqu'ici qu'un désir, guérir rapidement et avec le moins de frais possible.

Va-t-il continuer à en être ainsi ? Le droit aux prestations ne va-t-il pas devenir le droit à la maladie ? On cite le cas de telle grande administration qui paye par an à ses employés les 30 premières journées de maladie, ces employés sont, presque tous, malades 30 jours par an. Ce sera au médecin à éviter que de telles habitudes ne s'introduisent

dans les assurances sociales. Il n'aura plus seulement à s'occuper de la maladie, « il devra se rappeler que sa bienveillance est onéreuse pour la collectivité » écrit le Dr Grinda. Il devra dépister les simulateurs, économiser sur les frais pharmaceutiques, rendre le malade au travail le plus rapidement possible.

Ceci risque d'entraîner une lutte entre le malade et le médecin, défavorable tant à la guérison du malade qu'au bon fonctionnement des assurances sociales.

Avec le malade gravement atteint, il n'y aura évidemment pas de difficultés, mais pour les indispositions légères, rhumes, grippez... tel assuré éprouvera le besoin de cesser son travail, tel autre préférera continuer son labeur habituel. Il appartiendra au médecin de tenir compte de ces différences des tempéraments.

Beaucoup d'habileté lui sera nécessaire pour ménager les finances des organismes d'assurance sans faire de ces institutions d'apaisement social des institutions de mécontentement général.

On comprend que ce ne soit pas sans appréhension que le corps médical envisage cette transformation de son rôle.

« Les fonctions proposées au médecin, écrit un docteur dans le « Centre Médical » ressemblent assez à celles des médecins d'usine ou de régiment ; elles sont incompatibles avec leur rôle social. Le médecin est dans son élément quand il soigne un malade, il en sort lorsqu'il le contrôle. Dès qu'il cesse d'être un confident pour devenir un organe de renseignements, sa position est faussée, la sympathie rompue. L'un voit dans son client un simulateur possible, l'autre dans le médecin un agent administratif vis-à-vis duquel il faut plaider le plus pour avoir le moins.

Sans une confiance réciproque l'exercice de la médecine est décourageante et impossible.

Les plaintes visant le changement du rôle du médecin nous ont paru assez rares. Il semble que le corps médical se résigne à ce changement ; par contre divers points du projet ont fait l'objet de vives critiques. Nous allons les examiner nous verrons ensuite les vœux émis par l'Académie de Médecine visant les modifications à apporter aux dispositions du projet de loi.

Insuffisance des soins donnés aux malades

Le point essentiel, déclare le D^r Weiss dans son rapport à l'Académie de Médecine, est de savoir si l'assurance garantit au malade de meilleurs soins que le système actuel.

Pour être fixé sur les soins que donnent aux malades les caisses d'assurance maladie, il suffit d'examiner les pratiques médicales suivies en Alsace. C'est ce qu'ont fait de nombreux médecins. Qu'en disent-ils ? Ils ont constaté que les caisses n'allouant que des honoraires minimes aux médecins, ceux-ci sont amenés à donner un grand nombre de consultations, ce qui revient à en abréger singulièrement la durée. C'est ainsi que certains médecins sont appelés à examiner dans une matinée 60 et même 80 malades ; pour chacun desquels ils sont obligés de remplir de multiples feuilles de renseignements destinées aux caisses. Aussi est-il exceptionnel que l'on fasse déshabiller un malade pour l'ausculter. Les malades sont souvent mal soignés jusqu'au moment où, leur état s'aggravant, le médecin les envoie à l'hôpital.

On avait prétendu que les caisses pourvues de ressources considérables, mettraient à la disposition des médecins

des organisations modèles qui faciliteraient le diagnostic et le traitement des maladies. Il n'en a rien été, affirme une notabilité médicale, les caisses sont uniquement préoccupées d'économies.

Nous en donnerons une idée en citant un passage des instructions adressées par le médecin de contrôle d'une caisse aux médecins traitants : « Les sirops sont des médicaments de luxe ; il ne faut pas les prescrire et, en tout cas, éviter d'en faire des mélanges... Les infusions et décoctions saturation, émulsions et les suppositoires sont trop chers ; il faut en restreindre l'emploi autant que possible... »

Même parcimonie en ce qui concerne les examens de laboratoire, en particulier les examens radiographiques. Dans le règlement d'une caisse alsacienne, nous trouvons ce qui suit : « Les examens microscopiques sont limités à deux par trimestre, les analyses quantitatives d'urine à 5 par trimestre. Pour le traitement de la syphilis seront payées par trimestre au maximum dix consultations ou visites avec injections mercurielles. Pour le traitement combiné, douze consultations ou visites et 5 injections intraveineuses par trimestre ».

« Est-il nécessaire, s'écrie le Dr Balthazard, que nous abandonnions nos traditions médicales pour aboutir à une semblable médecine de pauvres ? ». Les salariés peu fortunés ne trouvent-ils pas dans les hôpitaux actuels des soins infiniment supérieurs à ceux qu'on leur promet sous le régime des assurances sociales ? Continueront-ils seulement à pouvoir profiter des soins donnés dans les hôpitaux ? C'est douteux : en Alsace les caisses s'efforcent en effet de détourner les assurés des hôpitaux sur lesquels elles n'ont aucune

influence et qui leur imposent des prix de journée en rapport avec les soins corrects qu'ils procurent.

Les médecins ont d'ailleurs tendance à conserver les malades en traitement, ce qui est leur intérêt, plutôt que de les diriger sur les hôpitaux. Il y a là une concordance fâcheuse entre les efforts des caisses et les tendances des médecins.

On a également reproché aux Caisses d'avoir encouragé l'éclosion de maisons de santé « où le régime de l'économie touche à l'avarice sordide, où les soins, l'alimentation sont en rapport direct avec le prix de journée payé par les caisses », écrit un médecin qui a exercé plusieurs années en Alsace-Lorraine depuis la guerre.

Cet effort des caisses pour détourner le malade de l'hôpital paraît particulièrement fâcheux. Il paraît à peine nécessaire d'indiquer les fâcheux résultats que peuvent entraîner pour l'entourage du malade les soins donnés à domicile, en cas de maladie contagieuse.

Il semble bien résulter de ces critiques que les salariés français — tout au moins ceux qui sont soignés dans les hôpitaux — sont mieux soignés que ne le sont ceux d'Alsace-Lorraine.

A un autre point de vue encore, notre organisation médicale paraît supérieure à celle d'Alsace, c'est au point de vue du secret professionnel.

Le secret professionnel

La population française est très attachée à la sécurité qu'offre aux familles le respect du secret professionnel. Le Français n'aime pas qu'autrui soit au courant de ses affaires, de ce qui se passe chez lui.

Or, les caisses d'Alsace-Lorraine ne tiennent pratiquement pas compte du secret professionnel. Les médecins doivent inscrire les diagnostics sur des feuilles qui passent entre les mains de tous les employés des caisses. Si le secret professionnel est si respecté de la part des médecins, c'est qu'il fait pour ainsi dire partie de leur éducation, de leur formation médicale ; c'est que les médecins ont une formation morale assez élevée pour avoir une haute idée de leurs devoirs vis-à-vis du malade. Il n'en est pas de même, il ne peut pas en être de même des personnes quelconques que le hasard aura conduits à être employés des caisses. Par suite les malades ne se sentiront plus en confiance.

Cela est si vrai que la Faculté de Médecine de Strasbourg a dû organiser, après la guerre, des dispensaires anti-vénériens en dehors des caisses. Il était en effet indispensable, à ce moment-là, d'organiser sérieusement la lutte contre la syphilis. La population rurale alsacienne était fort saine avant la guerre ; elle fut contaminée au cours de la guerre par les troupes que les Allemands envoyaient au repos dans les villages.

Or, les malades ne voulaient pas se faire soigner, n'étant pas sûrs que leurs maladies seraient tenues secrètes, ils craignaient le contrôle — et l'indiscrétion — des caisses.

En présence de ce fâcheux entêtement à refuser de se laisser soigner, la Faculté de Médecine de Strasbourg organisa des dispensaires anti-vénériens, où les malades purent se faire soigner hors de tout contrôle. Ces dispensaires eurent une nombreuse clientèle. Ceci montre bien que l'observation du secret professionnel est indispensable, tant dans l'intérêt du malade que dans celui de l'hygiène publique.

Rien de semblable ne pourrait se produire avec notre

organisation actuelle. Le malade qui se présente dans un hôpital, dans un dispensaire, peut se refuser à donner son nom ; on le désigne par un numéro et on le soigne en respectant son anonymat.

A ce point de vue encore, notre système sanitaire actuel semble supérieur à celui d'Alsace.

L'administration des caisses

La façon dont sont administrées les caisses alsaciennes a également soulevé de vives critiques.

Ces caisses ont formé de vastes trust englobant une grande partie de la population. En prenant de l'importance elles ont, paraît-il, pris comme les grandes compagnies d'assurance-vie ou d'assurance-incendie un caractère de pure administration et le souci de la gestion financière est devenu dominant.

Y a-t-il lieu de s'en étonner ? nous ne le pensons pas ; les dirigeants de ces caisses ont une certaine responsabilité financière ; cette responsabilité toute proche leur masque leur responsabilité vis à vis du malade et on s'explique qu'ils se tiennent pour satisfaits dès qu'ils ne risquent d'avoir personnellement aucun ennui, c'est-à-dire du moment que les prestations sont régulièrement fournies aux assurés et que leurs comptes sont en règles. Les dirigeants ont acquis une âme de fonctionnaire ; ils sont trop loin des malades pour les connaître, pour s'intéresser personnellement à eux ; ils dirigent de loin et avec désintéressement.

Cette conséquence de l'importance prise par les caisses est évidemment très fâcheuse. Pour que les assurances sociales donnent leur maximum de résultats, il ne faudrait pas

qu'elles prennent un caractère administratif, mais un caractère d'œuvre.

Il faudrait que les dirigeants soient près de leurs administrés, qu'ils les connaissent, qu'ils les conseillent à l'occasion. Le rôle des infirmières-visiteuses peut être celui-là ; elles pourraient à ce sujet remplacer les dirigeants, quand ceux-ci n'auront pas le temps ou le moyen de remplir ce rôle.

La discipline dans les hôpitaux

Le projet de loi pose le principe du libre choix du médecin par le malade, sans fixer aucune limite à ce principe. Il semble donc que cette liberté du choix du médecin entraînera le libre accès des salles des hôpitaux par les divers médecins choisis par les malades hospitalisés.

Que deviendra dans ces conditions la discipline des salles ? On conçoit mal une salle d'hôpital, où chaque médecin viendrait à son heure, où chaque malade suivrait un traitement particulier administré par le même personnel soignant. Celui-ci aurait autant de chefs que de médecins traitants.

Le moins qu'on puisse dire d'un tel système, c'est qu'il constituerait un magnifique exemple d'incohérence.

Il y a là semble-t-il, une lacune dans les prescriptions du projet de loi. L'Académie de Médecine a, d'ailleurs, par un vœu attiré sur ce point l'attention du législateur.

La formation professionnelle des médecins

L'hypothèse envisagée ci-dessus entraînerait encore une autre fâcheuse conséquence : la suppression des médecins des hôpitaux.

On sait que les divers services des hôpitaux ont à leurs têtes des médecins recrutés au concours par l'Assistance Publique. Ces médecins sont assistés par des internes et des externes, étudiants, recrutés également au concours. Ces étudiants ne sont pas seulement les aides des médecins des hôpitaux, ils sont aussi leurs élèves. C'est à eux qu'appartient le premier examen des malades qu'ils présentent au médecin en formulant observation, diagnostic, traitement.

Le professeur, à son tour, examine le malade et approuve ou corrige les conclusions de ses élèves.

Les hôpitaux sont de merveilleux centres d'enseignement clinique, où l'étudiant en médecine acquiert la pratique de la science médicale.

L'hôpital est indispensable à la formation professionnelle du médecin. Le supprimer ou l'amoindrir, en diminuant sa clientèle serait compromettre l'enseignement clinique, base de la médecine. Or, c'est là ce qui se passe en Alsace, au dire du Dr Weiss. Les caisses craignant que l'hospitalisation de leurs assurés les entraîne à des frais qu'elles jugent trop grands, s'efforcent de les détourner des hôpitaux et même des consultations externes de la Faculté.

De plus, il est à craindre que les caisses devenues riches et puissantes ne mettent la main sur les hôpitaux, ce qui ruinerait définitivement l'enseignement clinique en France.

A un autre point de vue encore, les caisses d'assurance ont une influence fâcheuse sur la formation professionnelle des médecins.

Nombre de caisses alsaciennes exigent que les jeunes médecins qui désirent soigner leurs assurés suivent des cours de médecine organisés par elles en dehors de la Faculté. L'étudiant se trouve ainsi détourné de sa formation profes-

sionnelle normale et beaucoup plus préoccupé de s'initier aux formalités administratives de la médecine des caisses et aux mystères des traitements économiques que d'acquérir une bonne technique médicale.

Pour les étudiants qui ont vraiment le goût de leur métier, cette influence des caisses n'aura pas de mauvais effets, mais sur les autres, cette influence pourra être désastreuse et risquera de préparer des générations de médecins fort dangereux pour leurs clients. Il est dangereux que l'étudiant s'aperçoive que pour réussir, comme médecin de caisse mieux vaut connaître le fonctionnement des caisses à fond que la médecine.

Les honoraires médicaux

La façon dont sont rémunérés les médecins en Alsace, est encore une incitation à l'improbité médicale, surtout pour la jeune médecine qui s'installe et n'a pas encore de clientèle.

Une somme forfaitaire, payée par les caisses, est répartie entre les médecins au prorata du nombre des consultations qu'ils ont données et des visites qu'ils ont faites. L'intérêt du médecin est donc de donner beaucoup de consultations et de faire beaucoup de visites, ce qui implique une nombreuse clientèle.

Or, qu'est-ce qui attire plus la clientèle que la facilité avec laquelle on est reconnu malade, avec laquelle on a le certificat qui permet de se reposer quelques jours ?

Quelle tentation pour le jeune médecin d'imiter tel confrère très achalandé pour sa facilité à reconnaître malades tous les assurés qui le désirent !

Evidemment quelques abus criants furent réprimés en Alsace-Lorraine, mais entre l'improbité absolue, relativement facile à prouver, et la conscience parfaite il y a tous les degrés.

Serait-il d'ailleurs permis à un médecin d'avoir une conscience parfaite sans risquer de se ruiner ?

On se le demande quand on lit dans le rapport du Dr Balthazard qu'un médecin récemment installé en Lorraine, tout en reconnaissant que les caisses apportaient dans son budget un appoint intéressant, se plaignait de l'obligation dans laquelle il se trouve, comme tous les médecins des caisses, de reconnaître tous les faux malades qui se présentent à sa consultation sous peine de n'y plus voir venir personne. « C'est immoral et dégradant ! » écrivait ce médecin.

N'est-il pas à craindre que l'assurance maladie n'ait aussi chez nous ces fâcheuses répercussions sur la moralité du corps médical ?

L'indépendance et le prestige des médecins

Les médecins ont encore un autre grief contre les assurances sociales. Ils craignent que la réalisation de celles-ci n'entraîne la perte de leur indépendance comme cela s'est passé en Alsace-Lorraine. Les caisses des départements reconquis ont formé, comme nous l'avons déjà dit, de vastes syndicats englobant une grande partie de la population, ayant ses médecins, disposant d'une réelle puissance. Pour se défendre contre leurs exigences, les médecins ont été obligés de se syndiquer et de se soumettre à l'autorité souvent dictatoriale de leurs syndicats. Ils ont perdu une partie de leur liberté, « à tel point, écrit le Dr Balthazard, que nos confrères

qui étaient venus nous apporter des critiques contre l'organisation des assurances sociales dans les départements reconquis ont été menacés de sanctions et qu'ils n'osent plus élever la voix ». Et malgré cette discipline et cette autorité qui règnent dans les syndicats de médecins, ceux-ci sont écrasés par la puissance des caisses auxquelles les assurés, intéressés à leur prospérité financière, apportent un concours empressé chaque fois qu'il s'agit de restreindre les honoraires médicaux. L'assuré malade est peut-être l'ami du médecin, mais l'assuré bien portant est son adversaire ; leurs intérêts sont en opposition.

Et ceci inspire une certaine méfiance aux médecins sur la façon dont fonctionneront les commissions régionales, à l'approbation desquelles devront être soumis les contrats. Ces commissions de 9 membres ne comprendront qu'un seul médecin ; or, l'expérience montre, a déclaré le Dr Batier, que la méfiance règne dans les offices d'assurances sociales et que le médecin ne peut compter ni sur l'appui du pharmacien, ni sur celui de la sage-femme. Il sera donc isolé dans les commissions dont des gens habiles pourront se servir pour obtenir ce qui n'aurait pu être obtenu si les médecins avaient contracté directement avec les caisses. Rien de comparable à ces commissions n'existe en Alsace, ce qui prouve qu'elles ne sont pas indispensables ; le Dr Batier demande leur suppression du projet de loi.

Les médecins alsaciens se plaignent non seulement d'avoir perdu leur liberté, mais encore leur prestige. Cela n'a rien d'étonnant ; le faux malade que le médecin est obligé de reconnaître, comme l'écrivait ce médecin récemment installé en Lorraine dont nous avons parlé plus haut, se rend bien compte du rôle qu'il fait jouer aux médecins et cela n'est

pas fait pour augmenter l'estime qu'il a pour lui. D'ailleurs même quand il s'agit d'un malade véritable celui-ci n'aura pas grande considération pour le médecin qu'il pourra déranger pour une somme infime : le coût d'un ticket ! On a d'autant plus de considération pour son médecin qu'on le paye plus cher ! Ce sentiment est peut-être stupide, mais, à coup sûr, il est bien humain.

Quoiqu'il en soit, il est certain que le prestige du médecin a singulièrement baissé en Alsace-Lorraine ; un fait le prouve : dans le pays essentiellement traditionnaliste qu'est l'Alsace-Lorraine, où l'exercice de la profession médicale se perpétuait dans les mêmes familles, on ne trouve plus de fils de médecin à la Faculté de Médecine.

Il y a là un symptôme inquiétant. La médecine exige un grand dévouement de la part de celui qui l'exerce. Un bon médecin considère sa profession un peu comme un sacerdoce. Mais un sacerdoce ne va point sans prestige. A détruire celui-ci, ne risque-t-on pas de faire du médecin un commerçant quelconque pour le plus grand dommage du malade ?

L'exercice de la médecine ne saurait en effet être rapproché du commerce. On peut acheter indifféremment un produit chez n'importe quel marchand qui en fait le commerce, le produit acheté ici vaudra le produit acheté là. Il n'en est pas de même d'une consultation médicale : elle vaut ce que vaut le médecin qui la donne et le profit qu'en tire le malade est fonction de la valeur du médecin. Il semble qu'il ne peut y avoir que des inconvénients à détruire la mentalité du corps médical et en diminuer le prestige serait peut-être le commencement d'une évolution qui pourrait être très fâcheuse pour les malades,

Les vœux du corps médical

Malgré cette méfiance que l'on sent inspirée aux médecins par les assurances sociales, il semble que, ceux-ci accepteraient de se plier aux obligations qu'elles entraîneraient pour eux si certaines satisfactions leur étaient données.

Les membres de l'Académie de Médecine, après longue discussion de la question ont décidé d'émettre 4 vœux. Nous allons les examiner. Ils ont demandé :

1° Le libre choix du médecin et rapport direct entre l'assuré et le médecin sans interposition des caisses.

2° Le respect absolu du secret professionnel.

3° Que les caisses ne puissent exercer aucun contrôle sur les actes des médecins.

4° L'obligation pour les caisses de laisser le malade utiliser les organisations hospitalières avec leur personnel médical existant si tel est son désir ou celui de son médecin traitant ; les frais d'hospitalisation étant fixés par des commissions arbitrales.

Ces vœux tendent à garder au médecin son entière indépendance en ne laissant établir aucun rapport entre la caisse et lui. Ils visent à modifier le moins possible les conditions actuelles d'exercice de la médecine. Sont-ils réalisables ? Cela ne paraît point certain tout au moins sans grandes difficultés.

Le libre choix du médecin est déjà chose décidée ; mais que faut-il entendre par « rapport direct entre l'assuré et le médecin » ? Sera-ce à l'assuré qu'il appartiendra de faire tenir à la caisse le certificat médical ? Sera-ce à l'assuré à régler les honoraires du médecin ? quitte à se faire rembour-

ser par la caisse sur présentation de la note acquittée ? Voici bien des complications, qu'évitaient les dispositions du projet de loi. En ce qui concerne le respect du secret professionnel, les médecins se borneraient-ils à indiquer sur les certificats le nombre de jours de repos qu'ils estiment nécessaire sans indiquer le diagnostic ? Ce serait la porte ouverte à toutes les malhonnêtetés, en affaiblissant le contrôle.

D'autre part, si les caisses ne peuvent exercer aucun contrôle direct sur les actes des médecins, elles auront un contrôle indirect par l'examen des honoraires (nombre moyen de visites par assuré soigné, par exemple). Pourquoi leur interdire d'intervenir dans le contrôle, pour lequel elles auront des éléments de vérification qu'elles seront seules à avoir. Il ne faudrait pas pour respecter l'indépendance des médecins, arriver principalement à favoriser les manœuvres déshonnêtes de quelques-uns d'entre eux.

En ce qui concerne le dernier vœu, il semble n'y avoir que des avantages à l'incorporer dans les dispositions de la loi, puisqu'il a pour but de maintenir le fonctionnement de l'enseignement clinique, tel qu'il fonctionne actuellement, car c'est en partie à lui que la science médicale française doit son développement et sa gloire.

CONCLUSION

Après l'examen des vigoureuses critiques du corps médical visant le fonctionnement de l'assurance maladie et plus particulièrement de celles visant l'insuffisance des soins donnés aux malades, on est amené à se demander si tous les avantages que l'on attend de l'entrée en vigueur de l'assurance maladie ne sont pas plus apparents que réels.

Le fonctionnement de cette assurance améliorera-t-elle la santé publique ? Voilà la question.

Ici encore, l'expérience de l'Alsace-Lorraine est là pour nous montrer les heureux résultats de l'assurance maladie.

Nous allons comparer les mortalités respectives des Alsaciens-Lorrains et des habitants du reste de la France.

Pour faciliter cette comparaison, nous admettrons que le territoire de l'Alsace-Lorraine correspond à ceux des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle (division territoriale antérieure à 1870) et que les populations de ces départements étaient avant 1870 sensiblement égales. Cette hypothèse n'est pas si éloignée de la vérité qu'elle fausse sensiblement, les conclusions qu'elle nous permettra de tirer de l'examen des statistiques de mortalité.

Ces statistiques montrent que la mortalité par 10.000 habitants était, de 1831 à 1840, de 247 en France contre 260 en Alsace-Lorraine ; de 1861 à 1865, de 228 contre 240 ; en 1910, de 192 contre 183 ; en 1920, de 172 contre 142.

Nous constatons d'abord que la mortalité a décréu depuis un siècle d'une façon régulière tant en France qu'en Alsace-Lorraine, mais plus lentement en France que dans les départements perdus puis recouvrés.

La mortalité alsacienne-lorraine était en effet supérieure de 5 0/0 à la mortalité générale française entre 1831 et 1840, elle devenait inférieure de 4 0/0 en 1910 et de 18 0/0 en 1920. Le progrès y est donc de 23 0/0 par rapport à celui du reste de la France.

Il est logique de supposer qu'à cette diminution de la mortalité a correspondu une amélioration de la santé publique par la diminution du nombre des cas de maladies, ou par la gravité moindre de celles-ci. La tuberculose notamment fait moins de ravages en Alsace-Lorraine que dans le restant de la France, puisque la mortalité due à cette maladie n'a été que de 0,2 0/0 en 1910 et de 0,15 0/0 en Alsace-Lorraine alors qu'elle a été de 0,22 0/0 et de 0,18 0/0 pendant les mêmes années en France.

Remarquons, encore ici, qu'entre 1910 et 1920, la mortalité due à la tuberculose a décréu de 25 0/0 en Alsace-Lorraine, alors qu'elle n'a décréu que de 18 0/0 en France.

Un autre élément d'appréciation de la santé publique nous est fourni par les résultats des opérations des conseils de révision. C'est ainsi qu'en 1920, 76 0/0 des conscrits alsaciens lorrains ont été déclarés bons pour le service armé, alors que dans le restant de la France, il n'y en a eu 54 0/0 seulement qui étaient reconnus aptes.

Ces diverses constatations montrent, d'une façon certaine, que la situation sanitaire est actuellement meilleure en Alsace-Lorraine que dans le restant de la France. Or nous

avons tout lieu de supposer qu'au cours du siècle dernier, elle était moins bonne, puisque la mortalité y était plus grande. Cette amélioration correspondant à la mise en vigueur de l'assurance maladie, il est logique d'attribuer au fonctionnement de cette assurance les heureux progrès de la santé publique.

Que pèsent à côté de ces magnifiques résultats, les objections et les critiques du corps médical ? Bien peu, mais est-ce à dire qu'il ne faille point tenir compte de ces dernières ? Nous ne le pensons pas. Il semble qu'il convienne au contraire de profiter de l'expérience d'Alsace-Lorraine pour éviter les défauts de son système d'assurance ou, tout au moins pour en diminuer les inconvénients, qui ne sont, d'ailleurs, peut-être pas aussi graves que paraît le craindre le corps médical.

Les médecins craignent que la création d'assurances sociales, ne modifie profondément les conditions d'exercice de leur profession, ne diminue leur liberté, n'abaisse leur prestige, ne rétribue point leurs soins à leur juste valeur. Il est humain que ces craintes réagissent, inconsciemment peut-être, sur leurs jugements et, sans contester le bien-fondé de leurs critiques, il semble permis de les supposer quelque peu exagérées.

Ne le seraient-elles point, qu'en présence des résultats magnifiques qu'a donnés en Alsace-Lorraine l'assurance maladie, nous ne pouvons que souhaiter que le législateur remette son ouvrage en chantier, corrige la première épreuve de son travail, en se basant sur l'expérience des provinces recouvrées et en tenant compte des critiques du corps médical, et dote bientôt les classes modestes françaises des assurances sociales.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAIN. — L'assurance contre la maladie dans la Mutualité Française (Thèse-Paris, 1906).
- D^r BALTHAZARD. — Rapport à l'Académie de Médecine, 17 mars 1925, (Masson 1925).
- BATIER. — Le projet de loi sur les assurances sociales (Revue Politique et Parlementaire. février 1926).
- BELLOM. — Définition légale de l'invalidité en matière d'assurance sociale (Rousseau, Paris 1912).
- BELLOM. — Les lois d'assurances ouvrières à l'étranger (Rousseau, Paris, 1892).
- D^r CHAUVEAU. — Rapport sur les assurances sociales, au nom de la commission de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale du Sénat. (J. O. Doc. Parl. Sénat 1925, Annexe n° 345).
- DEGAS. — Le problème de l'assurance maladie-invalidité (Librairie Administrative, Paris 1922).
- DENIZET. — L'assurance maladie obligatoire et son introduction en France (Thèse Strasbourg, 1925).
- Ferdinand DREYFUS. — Les prévisions statistiques et financières des assurances sociales. (Les presses universitaires de France, Paris 1923).
- D^r FREDET. — Rapport à la société statistique de Paris (Journal de la société statistique, octobre 1923).

- GIDE. — Economie Sociale (Recueil Sirey, Paris 1912).
- GRINDA. — Rapport sur les assurances sociales, au nom de la commission d'assurance et de prévoyance sociale de la Chambre des Députés (J. O. Doc. Parl. de la Chambre des Députés, N° 5.505 1923).
- ISTEL. — L'assurance contre la maladie en Allemagne, (Thèse Paris, 1905).
- LEVASSEUR. — La population française (Rousseau, Paris 1892).
- PIC. — Traité de législation industrielle (Rousseau, Paris 1925).
- QUIQUET. — Rapport sur les travaux de la Commission des tables de morbidité des sociétés de secours mutuels (Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale 1911).
- RAPPORT sur les sociétés de secours mutuels pendant l'année 1920 (J. O. du 4 août 1922, annexe).
- SACHET. — Les accidents du travail et les maladies professionnelles (Recueil Sirey, Paris 1921).
- D^r SERGENT. — Rapport à l'Académie de Médecine, 31 mars 1925 (Masson 1925).
- STATISTIQUE DE LA FRANCE. — Mouvements de la population pendant les années 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, (Berger Levrault, Strasbourg, 1870).
- D^r WEISS. — Rapport à l'Académie de Médecine 2 décembre 1924, (Masson 1924).
- * * * — La loi d'assurance maladie (Presse Médicale, 5 juillet 1924).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
La mortalité en France et à l'étranger ..	6
La lutte contre la maladie à l'étranger ..	7
Les assurances sociales, œuvre d'apaisement	11
CHAPITRE I. — <i>Les risques maladie et invalidité</i>	13
Sens usuel du mot maladie	15
Sens usuel du mot invalidité	17
Sens du mot invalidité d'après la jurisprudence	17
Ce que le projet de loi entend par les mots maladie et invalidité	20
Evaluation des degrés d'invalidité	22
L'assurance des risques	26
L'assurance doit être obligatoire.....	29
Les ressources de l'assurance maladie invalidité	32
Divers modes de détermination des quotités de primes	34
CHAPITRE II. — <i>L'œuvre de la Mutualité</i>	39
Les premières institutions d'assurances sociales	39

Difficultés de fonctionnement des Sociétés de Secours mutuels	40
Faiblesse des effectifs des Sociétés de se- cours mutuels français	43
Résultats, au point de vue de l'assurance maladie, de la loi du 1 ^{er} avril 1898 ..	44
CHAPITRE III. — <i>Les bases statistiques</i>	46
1°. — Les statistiques de morbidité	46
Statistiques de la mutualité française ..	48
Statistique des administrations publiques	50
Statistiques étrangères	53
Statistiques alsaciennes-Lorraines	55
Remarques générales sur les diverses ta- bles de morbidité	71
2°. — Les statistiques d'invalidité	62
Tables d'entrée dans l'invalidité	63
Tables de décès des invalides	64
L'expérience d'Alsace-Lorraine	65
CHAPITRE IV. — <i>Le projet de loi sur les assurances sociales</i>	67
Unité de l'assurance	67
Prestations diverses fournies aux assurés	70
Forme mutualiste de l'assurance	72
Les bénéficiaires des assurances sociales	74
Les classes d'assurés	78
Effectif des classes d'assurés	81
Taux des cotisations. — Précompte	82
Organismes d'assurance, leur fonctionne-	

ment financier	84
Gestion des organismes d'assurance	90
Les assurances sociales dans les profes- sions agricoles	93
CHAPITRE V. — <i>L'assurance maladie</i>	97
Nécessité des allocations pécuniaires et des soins en nature	97
Délai de carence	101
Libre choix du médecin	103
Contrats entre caisses et médecins	105
Ticket modérateur	107
Divers systèmes de rémunération du corps médical	109
Fonctionnement financier de l'assurance maladie	111
La médecine sociale	113
L'organisation pharmaceutique	118
L'organisation du contrôle	120
Evaluation des dépenses de l'assurance maladie	122
CHAPITRE VI. — <i>L'assurance invalidité</i>	128
Prestations en nature et prestations pécu- niaires	128
Liquidation des pensions d'invalidité	130
Critique du mécanisme financier de l'as- surance invalidité	136
CHAPITRE VII. — <i>Les critiques du corps médical</i>	141
Le nouveau rôle du médecin	142

Insuffisance des soins donnés aux malades	144
Le secret professionnel	146
L'administration des caisses	148
La discipline dans les hôpitaux	149
La formation professionnelle des médecins	149
Les honoraires médicaux	151
L'indépendance et le prestige des médecins	152
Les vœux du corps médical	155
CONCLUSION	157

Vu : le Doyen,

H. BERTHÉLÉMY.

Vu le Président,

William OUALID.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

